

Colección Medicina de Excelencia

Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente

Lilia Cote Estrada
Carlos Tena Tamayo
Mario Madrazo Navarro



70

Años de Medicina de Excelencia en el
Instituto Mexicano del Seguro Social y

LXXX

Aniversario de la Academia Mexicana de Cirugía

**BUENAS PRÁCTICAS EN CALIDAD
Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN
MÉDICA DEL PACIENTE**



Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente

Lilia Cote Estrada

Médico Cirujano, UNAM. Cirujano General, Centro Médico “La Raza”, IMSS. Maestría en Instituciones de Salud, Universidad La Salle. Especialidad en Derecho Administrativo, UNAM. Diplomados en Alta Dirección (Instituto Tecnológico de Monterrey), Gerencia Hospitalaria (Centro Interamericano de Seguridad Social), Políticas Públicas en Salud y Seguridad Social (Instituto de Administración Pública). Asesor Médico, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Carlos Tena Tamayo

Médico Especialista en Cardiología. Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, 1995–2000. Comisionado Nacional de Arbitraje Médico 2001–2006. Director Médico del ISSSTE 2007–2010. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Comisionado Nacional Contra las Adicciones 2011–2013.

Mario Madrazo Navarro

Médico Cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM con mención honorífica. Exsubdirector General Médico y exdirector de Prestaciones Médicas del IMSS. Coordinador de Políticas de Salud.



Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente

Todos los derechos reservados por:
© 2013 Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Av. Cuauhtémoc 330, 3er. Piso, Bloque B,
Unidad de Congresos, CMN "Siglo XXI"
e-mail: amec@amc.org.mx
www.amc.org.mx

ISBN 978-607-8337-03-3

Editorial Alfíl, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51-A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editalfil.com
www.editalfil.com

ISBN 978-607-8283-37-8

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Revisión editorial:
Berenice Flores, Irene Paiz

Ilustración:
Alejandro Rentería

Diseño de portada:
Arturo Delgado

Impreso por:
Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
Calle 31 de Julio de 1859 Manz. 102 Lote 1090, Col. Leyes de Reforma
09310 México, D. F.
Septiembre de 2013

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.



COLECCIÓN MEDICINA DE EXCELENCIA

COMITÉ EDITORIAL

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Dr. Javier Dávila Torres

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Fundación IMSS, A. C.

Dr. Alejandro Valenzuela del Río
Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Editores

Acad. Dr. Felipe Cruz Vega
Acad. Dr. Germán Fajardo Dolci
Acad. Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper

Mensaje de los editores

José Antonio González Anaya

Director General del IMSS

Javier Dávila Torres

Director de Prestaciones Médicas del IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace el 19 de enero de 1943 cubriendo cuatro ramos: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedad general y maternidad; invalidez, vejez y muerte, y desocupación en edad avanzada.

El primer director del IMSS, Ignacio García Téllez (1944–1946) afirmó: “El Seguro Social tiende a liquidar un injusto privilegio de bienestar brindando igualdad de oportunidades de defensa biológica y económica a las mayorías necesitadas”. Desde entonces podemos constatar el sentido humanitario y social que ha representado en el país.

A lo largo de sus 70 años se ha convertido en la institución de seguridad social más grande de América Latina y en pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. En su inicio enfocó todos sus esfuerzos a propiciar bienestar a la clase trabajadora mexicana y, a partir de 1979, el Gobierno de la República le encomendó la importante misión de ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS–Coplamar, actualmente IMSS–Oportunidades, el cual contribuye a garantizar el acceso a servicios de salud a mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación.

Desde su creación el Instituto ha adquirido creciente prestigio nacional e internacional en los ámbitos médico, científico y educativo. Todos los días decenas de miles de pacientes, así como publicaciones y personal de salud en formación académica, dan testimonio de la calidad y la eficiencia de los servicios.

Hoy en día es una institución ejemplar construida gracias al esfuerzo continuo de varias generaciones de profesionales que, con su dedicación diaria, hacen posible el cuidado de la salud de millones de derechohabientes; además de formar el mayor número de médicos especialistas en el país y en América Latina, cuenta con la revista médica de mayor impacto en salud de la región, y es una de las instituciones con mayor producción científica en México.

La colección de libros “Medicina de Excelencia”, integrada por 28 textos que abordan relevantes temas de salud, es un reconocimiento al esfuerzo, la labor humana y el profesionalismo que caracterizan al personal del Instituto. A través de estos libros quedan plasmados la experiencia y el conjunto de conocimientos atesorados durante siete décadas por nuestros médicos y enfermeras, buscando siempre la vanguardia en el saber.

Dentro de estos textos se incluyen temas de trascendencia por su impacto en la salud, así como en lo económico y lo social; tal es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, entre las que sobresalen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los padecimientos oncológicos. También se abordan la salud de la mujer y de manera específica la muerte materna; los grandes retos de la salud infantil, incluyendo la obesidad y la desnutrición, al igual que la salud del adulto mayor, problema creciente en los últimos años.

Otros temas a los que los médicos se enfrentan día con día son las consultas de urgencias, traumatología, ortopedia y cirugía, así como los retos en el diagnóstico y el tratamiento con el uso de nuevas tecnologías; tal es el caso del ultrasonido endoscópico, diversas modalidades de ventilación mecánica y el soporte nutricional del enfermo grave.

La salud pública, la investigación y la educación en salud, al igual que la calidad en la atención médica, son disciplinas que tienen repercusión en la salud de los derechohabientes, por lo que se hace un estudio de ellas.

La presencia de la mujer en el ejercicio de la medicina y la enfermería ha sido notable y en la actualidad toma especial importancia, ya que su participación ha incrementado en estos 70 años y es meritoria de reconocimiento.

Finalmente, y de gran trascendencia, tenemos al primer nivel de la atención médica como un pilar fundamental de la salud, resaltando así el peso que la medicina de familia tiene sobre la prevención y la atención oportuna de los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia, tomando en consideración los contextos biológico, social y psicológico. Hoy la reconversión de la medicina familiar representa uno de los principales retos para el Instituto, motivo por el cual está presente en esta obra.

Esperamos que esta valiosa colección académica coadyuve en la atención médica de calidad que suelen prestar los profesionales de la salud, reflejando en toda la extensión de la palabra el alto valor académico emanado del IMSS en beneficio de sus derechohabientes.

Colección “Medicina de Excelencia”

*Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.*

Este año 2013 es muy especial y significativo para la medicina mexicana debido a que se conmemoran los aniversarios de la fundación de dos insignes instituciones de gran trascendencia en función de su visión, misión y objetivos: la Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social, que cumplen su octogésimo y septuagésimo aniversario, respectivamente, instituciones cuyo compromiso ha sido desde siempre con el progreso y el desarrollo de México, lo que ha permitido fortalecer la calidad y la seguridad de la medicina y, al mismo tiempo, encauzar la contribución de los profesionales de la salud al bienestar social del país.

La Academia Mexicana de Cirugía fue fundada en 1933 por un grupo de mexicanos ilustres encabezados por los Doctores Gonzalo Castañeda Escobar y Manuel Manzanilla Batista. Desde su fundación esta corporación ha mantenido ininterrumpidos sus propósitos y actividades como un foro abierto a todas las especialidades y temas médicos. Durante sus 80 años como órgano consultivo del Gobierno Federal y asesora del Consejo de Salubridad General, además del trabajo conjunto con otras instituciones, la Academia Mexicana de Cirugía ha tenido un papel decisivo en el diseño, la implementación y la evaluación de programas enfocados a alcanzar las metas nacionales de salud de los mexicanos, sobre todo en estos momentos que nuestro país está viviendo los problemas asociados a la transición epidemiológica, como son la obesidad, la diabetes, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico, el trauma y el cáncer, entidades que generan la mayor morbimortalidad en nuestro país.

La Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social decidieron celebrar sus aniversarios en conjunto a través de un magno evento conmemorativo, el congreso “Medicina de Excelencia”, en el que se logró la participación de destacadas personalidades médicas nacionales e internacionales, quienes abordaron los temas de salud más relevantes para nuestro país. Esta magna celebración quedará grabada en la historia de la medicina mexicana por su significado y trascendencia, por lo que es menester dejar un testimonio bibliográfico en el que se conjunten el conocimiento médico referente a los problemas prioritarios de salud, sus soluciones y la perspectiva en relación a diferentes propuestas de atención y escenarios específicos, por lo que dentro de estos festejos se desarrolló un gran proyecto editorial que pone al alcance de la comunidad médica un tesoro bibliográfico que fortalecerá sus conocimientos y, por ende, la calidad y la seguridad de atención, y será la herencia para que futuras generaciones se enteren de los adelantos y esfuerzos del gremio médico de principios del siglo XXI.

Por este motivo se publica la presente serie conmemorativa, colección de 28 libros denominada “Medicina de Excelencia”, colección resultado del esfuerzo de médicos e instituciones convencidos de la fuerza y la importancia de la palabra escrita en la divulgación del conocimiento médico-científico.

En la colección “Medicina de Excelencia” se incluyen títulos que abordan los aspectos torales de la medicina contemporánea desde la perspectiva de la enfermedad: diabetes mellitus, cáncer, nutrición en el enfermo grave, trauma y lesiones por violencia extrema, muerte materna, enfermedades cardiovasculares, envejecimiento saludable y obesidad; así también, desde la perspectiva de los temas por especialidad, como son pediatría, ortopedia, cardiología y endoscopia digestiva, hasta propuestas de actualidad en lo que toca a salud pública, medicina familiar, enfermería, educación e investigación en salud y seguridad del paciente, además de la publicación del Consenso Mexicano de Cáncer Mamario y el papel de la mujer en el ejercicio de la medicina.

Cada uno de los libros que integran la colección “Medicina de Excelencia” es el resultado de la coordinación de distinguidos médicos mexicanos, líderes indiscutibles en cada una de sus áreas, y de la participación de expertos que escribieron con gran calidad y acierto cada uno de los capítulos que integran esta excelente colección que ponemos a su consideración.

Colaboradores

Dr. Víctor Manuel Aguilar

Médico Pediatra egresado del Hospital del Niño, DIF, Estado de México. Maestría en Ciencias, UNAM. Coordinador Clínico de Enseñanza e Investigación, Hospital General de Zona con UMAA N° 48. Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

Capítulo 12

Dr. Luis Fernando Aguilar Castillejos

Médico especialista en Cirugía General. Cirugía de Trasplantes. Director General de la UMAE “Ignacio García Téllez”, Mérida.

Capítulo 17

Dr. Héctor G. Aguirre Gas

Jefe de Servicio de Medicina Interna. Director del Hospital de Especialidades del CMN “Siglo XXI”. Director de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Jefe de los Servicios Médicos en tres Delegaciones del IMSS. Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Asesor del Subsecretario de Servicios de Salud, PEMEX.

Capítulo 5

Dra. Blanca Lydia Ahumada Céspedes

Médico no Familiar (Endocrinología Pediátrica) en el HGR N° 25. Diplomado Gerencial, Epidemiología Clínica.

Capítulo 12

Dr. Ricardo Avilés Hernández

Medicina Interna con Formación Gerencial en Servicios de Salud. Jefe de Servicio de Admisión Continua y Salud en el Trabajo y jefe de División del HEC MR. Coordinador de Hospitales de Tercer Nivel, Delegación 2 Noreste. Coordinador de Atención Médica, Delegación Estado de México Oriente. Jefe de Prestaciones Médicas, Delegación Norte del D. F.

Capítulo 12

Lic. José Daniel Barradas Contreras

Licenciado en Administración de Empresas. Exsubdirector Administrativo y actual Jefe de División de Calidad de la UMAE HE CMN de Puebla. Ganador de dos Premios Estatales de Calidad y cuatro Nacionales, desempeñándose como Subdirector y Jefe de División de Calidad.

Capítulo 14

Dra. María Guadalupe Bravo Vigil

Médico especialista en Medicina Interna, Universidad de Guadalajara. Diversos Diplomados en Gestión de la Salud y Calidad, ITAM, UNICO, Int. Ncial. de Admisión, IMSS. Auditora interna de Certificación de Hospitales. Jefe de la División de Calidad, UMAE HGO CMNO, IMSS. Exjefe del Servicio de Urgencias, Subdirector Médico y Director General de Hospitales Regionales del IMSS, Guadalajara.

Capítulo 8

Lic. Ana Luisa Cabrera Ramírez

Licenciada en Enfermería. Enfermera especialista en Cuidados Intensivos. Enfermera especialista en Administración de los Servicios de Enfermería. Coordinadora de Programas de Enfermería del Área de Calidad y Seguridad del Paciente, IMSS.

Capítulo 4

Dra. Ana Laura Cajigas Magaña

Médico especialista en Calidad Clínica. Auditora del Consejo de Salubridad. Coordinador de Programas Médicos del Área de Calidad y Seguridad del Paciente, IMSS, Unidad de Atención Médica, IMSS.

Capítulo 4

Lic. María Esther Campos Saldaña

Licenciada en Enfermería, UANL. Maestría en Bioética. Especialista en Pediatría, ITESM. Diplomado en Administración, ITESM. Diplomado en Administración de los Servicios de Salud, ITAM. Diplomado en Profesor en el área de la salud, IMSS. Diplomado en Investigación Epidemiológica, IMSS. Certificada para el ejercicio profesional por el Consejo de Enfermeras Mexicanas.

Capítulo 9

EESP Isabel del Socorro Carrillo Díaz

Enfermera especialista en Salud Pública. División de Epidemiología, UMAE “Ignacio García Téllez”, Mérida.

Capítulo 17

Dr. Jesús Ernesto Casillas Cancino

Medicina Interna. Formación en Desarrollo Directivo, Organización y Dirección de los Servicios Médicos. Economía de la Salud. Jefe de División, Subdirector Médico, Coordinador Clínico y Director del Hospital de Infectología. Coordinador de Planeación en la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas de la Delegación D. F. Norte.

Capítulo 12

Dr. José Rafael Castillo Aguilar

Médico especialista en Epidemiología. Maestro en Ciencias. Jefe de la División de Epidemiología, UMAE “Ignacio García Téllez”, Mérida.

Capítulo 17

LEO Lizbeth María Cauich Méndez

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Administración de Organizaciones Educativas. Directora de Enfermería, UMAE “Ignacio García Téllez”, Mérida.

Capítulo 17

Dr. Roberto Manuel Cedillo Rivera

Médico Pediatra Infectólogo. Maestro en Ciencias. Unidad de Investigación Médica, UMAE “Ignacio García Téllez”, Mérida.

Capítulo 17

Dr. Roberto Corrales Pérez

Médico especialista en Epidemiología. Certificado por el Consejo Nacional de Salud Pública. Diplomado en Epidemiología Clínica e Investigación. Diplomado en Formación de Directivos en Salud (actual IMSS).

Capítulo 9

Dra. Lilia Cote Estrada

Médico Cirujano, UNAM. Cirujano General, Centro Médico “La Raza”, IMSS. Maestría en Instituciones de Salud, Universidad La Salle. Especialidad en Derecho Administrativo, UNAM. Diplomados en Alta Dirección (Instituto Tecnológico de Monterrey), Gerencia Hospitalaria (Centro Interamericano de Seguridad Social), Políticas Públicas en Salud y Seguridad Social (Instituto de Administración Pública). Asesor Médico, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Capítulos 1, 3, 4, 6

Dr. Francisco Javier Cuervo Moguel

Médico Cirujano. Especialidad en Pediatría y en Salud Pública. Titular de la División de Apoyo a la Gestión de la Coordinación de UMAE. Exjefe de División de Calidad de la UMAE HE de Yucatán. Exdirector de los Hospitales Rurales de Oxkutzcab y Acanceh. Auditor del Consejo de Salubridad General. Asesor y Evaluador del Premio IMSS a la Calidad (1999 a 2011).

Capítulo 14

Dr. Javier Dávila Torres

Cirujano Maxilofacial, UAM. Director de Prestaciones Médicas del IMSS. Coordinador de Políticas de Salud. Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud. Secretario Particular del Secretario de Salud. Miembro del Consejo Mexicano de la Especialidad. Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Maxilofacial.

Capítulo 1

Dr. Graciano de la Fuente Reta

Jefe de Cirugía General. Autor del Proyecto de Mejora CPH y Coordinador de CPH.

Capítulos 15, 19

Dra. Marycarmen Delgado Trujillo

Médico Cirujano. Jefe de División de Calidad. Maestra de Gestión de Calidad Integral.

Capítulos 6, 10

Dra. Celida Duque Molina

Medicina Interna con formación en Desarrollo Gerencial. Jefe de Servicio de Medicina Interna, HGZ N° 76. Subdirector Médico del HGZ N° 76. Directora del HGZ N° 68. Coordinadora de Hospitales, Coordinadora de Atención y Prevención a la Salud de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Delegación Norte del D. F.

Capítulo 12

Lic. en Enf. María Guadalupe Estrada Pérez

Licenciada en Enfermería. Maestría en Organización de Hospitales. Certificada por el Colegio de Licenciados en Enfermería. Miembro del Comité Interinstitucional Estatal de Enfermería en Nuevo León. Directora de Enfermería.

Capítulo 10

Dr. Óscar Fernández Ponce

Egresado de la Escuela Médico Militar. Especialista en Terapia Intensiva y Medicina Crítica. Diplomado en Gerencia por el IMSS.

Capítulo 16

Dr. Ricardo Fernando García Cruz

Facultad de Medicina, UNAM. Especialidad en Cirugía General en el Hospital General de México, SSA. Subespecialidad en Cirugía de Trauma. Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Toracoabdominal en la UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”, IMSS. Jefe del Departamento Clínico en la UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”, IMSS. Jefe de la División de Calidad en la UMAE Hospital de Cardiología CMN “Siglo XXI”. Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública en el IESAP.

Capítulos 3, 6

Dr. Dionisio García Sandoval

Especialista en Epidemiología. Jefe de la División de Epidemiología. Capacitador del Proceso de Salud e Higiene en el Trabajo, UMAE, Hospital de Cardiología N° 34, Nuevo León.

Capítulo 10

Dra. María Guadalupe Garza Sagástegui

Médico especialista en Medicina Familiar. Maestría en Administración de la Calidad. Diplomado de Calidad en Instituciones de Salud. Maestría en Administración de Hospitales y Servicios de Salud. Jefa de Servicios de Prestaciones Médicas del IMSS, Nuevo León.

Capítulos 9, 15, 19

Dr. Jesús Alejandro Gómez García

Médico Internista. Subespecialidad en Geriátrica. Certificado por el Consejo Mexicano de Geriátrica. Ens. Serv. Geriátrica, UMAE, Hospital de Cardiología N° 34, Nuevo León.

Capítulo 10

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Médico Cirujano. Especialidad en Cirugía General. Maestro en Salud Pública. Titular de la Unidad de Atención Médica. Excoordinador Normativo de Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y de Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Exdirector de los Hospitales UMAE HE Puebla, HGZ N° 14 y HGZ MF N° 9 en Jalisco. Ganador de tres Premios Nacionales de Calidad y uno Estatal desempeñándose como Director de Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de Atención. Auditor del Consejo de Salubridad General. Asesor y Evaluador del Premio IMSS a la Calidad (1999 a 2001).

Capítulo 14

Enf. Alejandra Goroztieta Ortuño

Egresada de la Escuela de Enfermería “Dr. L. J. Copodger”, Morelia. Licenciada en Enfermería, Universidad de Tamaulipas. Diplomado en Planeación Estratégica. Jefe de Enfermería, UMAA, Secretaría de Salud, León, Guanajuato.

Capítulo 20

Dra. Sara Gutiérrez Dorantes

Asesora de la Unidad de Atención Médica, Dirección de Prestaciones Médicas. Capacitación y formación de auditores internos a nivel nacional. Jefe de Área en la División de Mejora Continua, Unidad de Organización y Calidad, IMSS. Subdirectora del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Exauditora líder del proceso de Certificación.

Capítulos 3, 4, 6

Dr. Arquímedes Guzmán Arroyo

Médico egresado de la UMSNH. Epidemiólogo de la UMAA N° 55. Egresado del CMN Sureste, IMSS. Diplomado en Bioética.

Capítulo 20

Mtra. Beatriz F. Guzmán Biohuet

Licenciada en Psicología. Maestra en Gestión de Calidad en Servicios de Salud. Jefa de División de Calidad del HP del CMNO. Auditor del Consejo de Salubridad General. Coautora de 10 Cuadernos de Divulgación Científica en Calidad. Auditor del Consejo de Salubridad General. Asesor y Evaluador del Premio IMSS a la Calidad (1999 a 2003).

Capítulo 14

Ec. Gerardo Hernández Maturano

Licenciado en Economía, IPN. Jefe de Oficina, UMF N° 33, IMSS.

Capítulo 18

Lic. en Enf. Alicia Hernández Reyes

Licenciada en Enfermería. Enfermera especialista en Cuidados Intensivos. Enfermera especialista en Administración y Docencia de los Servicios de Enfermería. Diplomado de Investigación de Enfermería. Coordinadora de Programas de Enfermería del Área de Calidad y Seguridad del Paciente, Unidad de Atención Médica, IMSS.

Capítulo 4

Dr. Samuel Alejandro Liévano Torres

Médico Ginecoobstetra. Doctorado en Ciencias por la UNAM. Diplomado en el ITAM en Gestión de Calidad en Servicios de Salud. Jefe de la División de Calidad en la UMAE HGO N° 3, Centro Médico Nacional “La Raza”, y actualmente de la UMAE HGO N° 4 “Luis Castelazo Ayala”.

Capítulo 13

Dr. Manuel López Varela

Médico egresado de la UAG. Especialidad en Medicina Interna por la Universidad de Guanajuato. Maestría en Investigación Clínica por la Universidad de Guanajuato. Diplomado en Planeación Estratégica.

Capítulo 20

Dra. Rocío Magaña Morán

Médico Cirujano, UNAM. Posgrado en Medicina Familiar. Diplomado de Investigación en Sistemas de Salud. Maestría en Administración de Hospitales de Salud Pública.

Capítulo 18

Dra. Beatriz Maldonado Almaraz

Médico Cardiólogo. Director Médico, UMAE N° 34. Miembro de la Sociedad Mexicana de Cardiología. Miembro de la ANCAM. Certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología. Profesor de Carrera del IMSS. Exprofesor Titular de la Especialidad de Cardiología.

Capítulo 10

Dra. Beatriz Julia Maldonado Cruz

Coordinador Auxiliar de Atención Médica de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud. Asesora del Proyecto HD.

Capítulos 15, 19

Dr. Efraín Hilario Márquez Medina

Médico Cirujano, Anestesiólogo. Jefe de la División de Cirugía. Jefe de Quirófanos de 2007 a 2011. Anestesiólogo en Trasplantes Renales y Hepáticos, 1997 a 2007. Alumno de la Maestría en Alta Dirección.

Capítulo 11

Dr. Óscar Arturo Martínez Rodríguez

Médico Ginecoobstetra egresado de la UNAM y de Alta Dirección en el IPADE. Titular de la UMAE HGO N° 3, Centro Médico Nacional “La Raza”, y actualmente de la UMAE HGO N° 4 “Luis Castelazo Ayala”.

Capítulo 13

Dra. Rosalía Martínez Alatorre

Directora del HGZ N° 17, Delegación Nuevo León.

Capítulos 15, 19

Dr. Héctor David Martínez Chapa

Cirujano Cardiovascular y Torácico. Director de la UMAE, Hospital de Cardiología N° 34, Nuevo León. Expresidente del Consejo Nacional de Cirugía de Tórax. Expresidente de la Sociedad Mexicana de Cirugía Cardíaca. Premio al Mérito Médico 2012.

Capítulo 10

Dr. José Tomás Martínez Garza

Especialista en Medicina Familiar, Parral, Chihuahua. Médico Familiar en la UMF 27. Exjefe de Consulta de la UMF N° 35. Exjefe de Consulta de Medicina

Familiar de la UMF/UMAA N° 36. Exdirector de la UMF/UMAA N° 36. Maestría en Administración de Empresas.

Capítulo 7

Dra. Norma Beatriz Martínez Jiménez

Médico Cirujano, Medicina Interna, Terapia intensiva y Respiratoria. Maestría en Administración de Hospitales. Alumna de Doctorado de Alta Dirección. Jefe de la División de Calidad, UMAE, Hospital General CMR, IMSS.

Capítulo 11

Dra. Carolina Elizabeth Medina Escobedo

Médica Especialista en Anestesiología. Maestra en Ciencias. Doctora en Farmacología. Directora de Educación e Investigación en Salud, UMAE “Ignacio García Téllez”, Mérida

Capítulo 17

Dr. Claudio Méndez Heredia

Médico Familiar egresado del HGR N° 20, Tijuana. Maestría en Pedagogía, Universidad Estatal de Estudios Pedagógicos. Miembro activo y vocal del Comité Local de Investigación en Salud del HGR N° 20. Expresidente de la Asociación de Especialistas en Medicina Familiar de Baja California. Profesor Adjunto del Curso de Medicina Familiar para Médicos Generales, sede Tijuana. Coordinador del Departamento de Enseñanza e Investigación de la UMF/UMAA N° 36, IMSS. Tutor en línea de cursos a distancia de la plataforma de Edumed. Especialista en Medicina Familiar.

Capítulo 7

Dr. Jorge Mendoza Parada

Médico Cirujano, UNAM. Jefe del Servicio de Prestaciones Médicas, Tijuana. Cirujano Oncólogo HO CMN. Exjefe de Oncología y Exsubdirector Médico, HGR N° 20, Tijuana. Exdirector del HGR N° 1.

Capítulo 7

Lic. Aldo Mercado Ramírez

Licenciado en Informática. Maestro en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud (España). Excoordinador Delegacional de Informática. Evaluador, Coordinador, Asesor y Expositor del Premio IMSS de Calidad 1999–2004 y 2006.

Capítulo 14

Dr. Jesús Rafael Montesano Delfín

Egresado de la Universidad Veracruzana. Especialista en Medicina Familiar egresado del HGZ N° 11 de Jalapa, Ver. Diplomado en Gerencia por el ITAM y el Instituto Tecnológico de Monterrey. Profesor en Administración en Sistemas de Salud en la Universidad de Guanajuato y la Universidad La Salle.

Capítulo 16

Dra. María Concepción Navarro Orozco

Médico especialista en Ginecoobstetricia con reconocimiento de la Universidad de Guadalajara. Adiestramiento en Medicina Perinatal. Directora General de la UMAE HGO CMNO. Diplomados en Gestión de Salud y Directiva, ITAM, Universidad de Guadalajara, UAG, IMSS, SNTSS y SSA.

Capítulo 8

Dr. David Ortiz Gaona

Médico Cirujano, UAM. Posgrado en Medicina Familiar, IMSS.

Capítulo 18

Lic. Jennefer Paredes Vieyra

Licenciada en Psicología. Profesional Técnica en Asistente Ejecutivo. Administradora de la UMF/UMAA N° 36, Baja California Norte. Maestría en Terapia de Familia. Auxiliar administrativa y exjefe de Personal en el HGO UMF N° 7. Ex-coordinadora Analista del Departamento de Personal HGR N° 1.

Capítulo 7

José Víctor Pérez Navarro

Capítulo 14

Prof. Rafael Pérez Reza

Profesor Normalista. Exauxiliar de Intendencia. Exorientador de Iniciación Cultural en el Centro de Seguridad Social N° 36. Analista Responsable, instructor del Centro de Capacitación y Calidad N° 41. Analista Coordinador C 80, Centro de Capacitación y Calidad. Comisionado en la Unidad de Medicina Familiar en el Área de Calidad/UMAA N° 36.

Capítulo 7

Dra. Susana Piña Cancino

Médico Epidemióloga egresada de la UNAM. Cursa actualmente la Maestría en Alta Dirección en la Universidad del Estado de México. Diplomada en Infecciones Hospitalarias, *St. Jude Hospital*, Florida, EUA.

Capítulo 13

Dr. José Antonio Quintana Sánchez

Médico Familiar egresado de la UNAM con Residencia en Salud Pública en la Secretaría de Salud. Diplomado en Epidemiología en el Centro Médico Nacional “Siglo XXI” y Maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública.

Capítulo 13

Lic. en Enf. Tania Reyes Hernández

Licenciada en Enfermería. Enfermera especialista en Cuidados Intensivos. Enfermera especialista en Administración de los Servicios de Enfermería. Coordi-

nadora de Programas de Enfermería del Área de Calidad y Seguridad del Paciente, Unidad de Atención Médica, IMSS.

Capítulo 4

Mtro. José Ernesto Rodríguez Loreto

Licenciado en Enfermería, Universidad de Guadalajara. Enfermero en cuidados intensivos, Profesor de tiempo completo de la Universidad de Guadalajara. Asesor de la Maestría en Enfermería, Universidad de Guanajuato. Maestría en Metodología de la Enseñanza y Doctorante en Pedagogía. Director de Enfermería de la UMAE HGO CMNO. Autor del libro *Proceso Atención Enfermería: pedagogía de metafrontera*.

Capítulo 8

Dra. Mónica Sánchez Corona

Médico Cirujano, UNAM. Posgrado en Medicina Familiar, IMSS. Diplomado de Calidad Docente, UNAM. Diplomado de Profesionalización Docente, IMSS.

Capítulo 18

Mtra. Leticia Sánchez Flores

Médico Cirujano, UNAM. Posgrado en Medicina Familiar. Diplomado en Epidemiología Clínica. Diplomado en ISO 9000 para Auditor Certificador. Maestría en Administración de Instituciones de Salud.

Capítulo 18

Dr. Carlos Tena Tamayo

Médico Especialista en Cardiología. Secretario de Salud del Estado de Guanajuato, 1995–2000. Comisionado Nacional de Arbitraje Médico 2001–2006. Director Médico del ISSSTE 2007–2010. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Comisionado Nacional Contra las Adicciones 2011–2013.

Capítulo 2

Dr. José Antonio Vázquez Moreno

Egresado de la ESM del IPN. Especialista en Cirugía General y Trasplante Renal. Diplomado en Administración de Unidades de Salud, Universidad La Salle. Director de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria, Secretaría de Salud, León, Guanajuato.

Capítulo 20

Dra. María Isabel Villegas Mota

Médico Infectóloga Pediatra. Jefe de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención, INPer. Directora de Servicios Médicos GDF. Auditora Líder del Consejo de Salubridad General. Jefe de Área de Calidad y Seguridad del Paciente, Unidad de Atención Médica, IMSS.

Capítulo 4

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera

Médico Cirujano, Cirujano Pediatra. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía y del Consejo de Cirugía Pediátrica. Alumno de la Maestría en Administración Pública. Director de la UMAE, Hospital General CMR, IMSS.

Capítulo 11

Contenido

Prólogo	XXVII
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
1. Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, IMSS	1
<i>Javier Dávila Torres, Lilia Cote Estrada</i>	
2. Medicina asertiva para mejorar la calidad de la atención ..	33
<i>Carlos Tena Tamayo</i>	
3. Registro de eventos adversos clave en la seguridad del paciente	47
<i>Lilia Cote Estrada, Sara Gutiérrez Dorantes, Ricardo Fernando García Cruz</i>	
4. Medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente	65
<i>Lilia Cote Estrada, Sara Gutiérrez Dorantes, Ana Laura Cajigas Magaña, Alicia Hernández Reyes, Ana Luisa Cabrera Ramírez, Tania Reyes Hernández, María Isabel Villegas Mota</i>	
5. Calidad en la atención médica, seguridad del paciente, mala práctica y responsabilidad profesional	89
<i>Héctor G. Aguirre Gas</i>	

6. Liderazgo y comunicación efectiva	121
<i>Ricardo Fernando García Cruz, Lilia Cote Estrada, Sara Gutiérrez Dorantes, Marycarmen Delgado Trujillo</i>	
7. Certificación de la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria N° 36, Tijuana	145
<i>Jorge Mendoza Parada, José Tomás Martínez Garza, Jennefer Paredes Vieyra, Claudio Méndez Heredia, Rafael Pérez Reza</i>	
8. Implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	161
<i>María Concepción Navarro Orozco, María Guadalupe Bravo Vigil, José Ernesto Rodríguez Loreto</i>	
9. Prevención de infecciones nosocomiales relacionadas con líneas vasculares	181
<i>María Guadalupe Garza Sagástegui, Roberto Corrales Pérez, María Esther Campos Saldaña</i>	
10. Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor, una práctica común para el beneficio de todos	195
<i>Héctor David Martínez Chapa, Beatriz Maldonado Almaraz, Dionisio García Sandoval, Marycarmen Delgado Trujillo, María Guadalupe Estrada Pérez, Jesús Alejandro Gómez García</i>	
11. Experiencia hospitalaria con la Cuarta Meta Internacional de Seguridad del Paciente	213
<i>Jaime Antonio Zaldívar Cervera, Norma Beatriz Martínez Jiménez, Efraín Hilario Márquez Medina</i>	
12. Farmacovigilancia en la Delegación Norte del Distrito Federal	225
<i>Ricardo Avilés Hernández, Blanca Lydia Ahumada Céspedes, Celida Duque Molina, Víctor Manuel Aguilar, Jesús Ernesto Casillas Cancino</i>	
13. Higiene de manos: elemento imprescindible en la seguridad y calidad de la atención médica	243
<i>Óscar Arturo Martínez Rodríguez, Samuel Alejandro Liévano Torres, José Antonio Quintana Sánchez, Susana Piña Cancino</i>	
14. Búsqueda y evaluación de la satisfacción del usuario por la calidad de la atención	257
<i>José de Jesús González Izquierdo, José Daniel Barradas Contreras, José Víctor Pérez Navarro, Beatriz F. Guzmán Biohuet, Aldo Mercado Ramírez, Francisco Javier Cuervo Moguel</i>	

15. Clínica del pie y heridas: mejores prácticas de tratamiento .	293
<i>María Guadalupe Garza Sagástegui, Rosalía Martínez Alatorre, Beatriz Julia Maldonado Cruz, Graciano De la Fuente Reta</i>	
16. Propuesta de un modelo de vigilancia para mejorar la seguridad del paciente en un establecimiento de salud	309
<i>Jesús Rafael Montesano Delfín, Óscar Fernández Ponce</i>	
17. Vigilancia epidemiológica para prevenir infecciones nosocomiales asociadas a procesos invasivos	327
<i>Luis Fernando Aguilar Castillejos, José Rafael Castillo Aguilar, Carolina Elizabeth Medina Escobedo, Roberto Manuel Cedillo Rivera, Lizbeth María Cauich Méndez, Isabel del Socorro Carrillo Díaz</i>	
18. Auditoría de procesos en un servicio de radiodiagnóstico en primer nivel de atención	341
<i>Rocío Magaña Morán, Leticia Sánchez Flores, Mónica Sánchez Corona, David Ortiz Gaona, Gerardo Hernández Maturano</i>	
19. Hospital domiciliario: una alternativa eficaz y efectiva a la atención hospitalaria	361
<i>María Guadalupe Garza Sagástegui, Rosalía Martínez Alatorre, Beatriz Julia Maldonado Cruz, Graciano De la Fuente Reta</i>	
20. Mejora del uso de técnicas de barrera y la prescripción razonada de antibióticos profilácticos en una UMAA	373
<i>José Antonio Vázquez Moreno, Alejandra Goroztieta Ortuño, Arquímedes Guzmán Arroyo, Manuel López Varela</i>	

Prólogo

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Durante los últimos 70 años, desde su fundación, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido una institución líder. Lo ha sido en múltiples aspectos, por supuesto en materia de seguridad social, pero también en la investigación, la educación y la atención médica. En este último aspecto el liderazgo se ha manifestado en desarrollos que en su momento fueron deslumbrantes, como ha sido el caso de los trasplantes, por ejemplo, el primero de corazón realizado en México hace 25 años en el Centro Médico Nacional “La Raza”, por citar solamente una de las muchas contribuciones del Instituto a la medicina mexicana. Seguramente por ello, y por la presencia que ha tenido como organización prestadora de servicios de salud, los reflectores de la sociedad han sido enfocados no sólo en sus éxitos, sino también en los aspectos que, por su propia naturaleza, afloran como oportunidades para mejorar.

El IMSS ha sido una institución a la que se le han exigido siempre servicios de alta calidad, como si esta exigencia fuese el precio a pagar por ir a la vanguardia de muchos otros. Esto, si bien es una preocupación cotidiana, es un fenómeno esperable. Lo es porque la sociedad mexicana está mejor educada que antes, porque tiene acceso a mucha más información de todo tipo y porque, además, la calidad es siempre un blanco móvil que se aleja en la misma medida en la que parece que el tiro dará en el centro debido a que los desarrollos científicos y tecnológicos avanzan a una velocidad vertiginosa y a que, por todas las razones mencionadas, las expectativas de recibir muy alta calidad son siempre crecientes. Por eso es necesario hacer esfuerzos constantes para mejorar. Éste no es un escenario privativo del Instituto. Ocurre en todos los ámbitos de la economía, particularmente

en esta era globalizada. Sin embargo, la trascendencia de los servicios de salud para la vida plena de las personas hace que los esfuerzos de mejora en este ámbito sean indispensables, pero ahora más porque las características del entorno obligan a abandonar cualquier rasgo meramente retórico de las medidas para mejorar la calidad para transitar pronto y bien hacia la calidad en los hechos, a la calidad demostrada y demostrable, hacia lo que hoy se denomina “la ciencia de la mejora”. Éste es el marco que debe regir cualquier iniciativa que conduzca hacia mayores niveles de calidad. Ello no significa que antes no hayan existido experiencias de mejora con resultados demostrados. Las ha habido en el propio IMSS y están documentadas. Sin embargo, ello significa que ahora todas aquellas que sean emprendidas deban hacer evidente que son efectivas.

De aquí el valor de esta publicación que, a 70 años de la fundación del IMSS y a partir de sus experiencias concretas en el pasado, busca ahora hacer patentes aquellos esfuerzos que apuntan hacia esta nueva era de la mejora de la calidad, la de los hechos más allá de los discursos. La selección de los temas ofrece una atractiva ventana a varios de los aspectos fundamentales de la mejora de la calidad, desde el fortalecimiento de una cultura organizacional en la que la calidad adquiera cada vez mayor valor, y la importancia del trabajo en equipo, consustancial al fortalecimiento de cualquier cultura, hasta el tema de la calidad en el retorno a los espacios de antaño para la atención médica: los hogares de los pacientes. Por supuesto, no se dejan de lado temas críticos como las metas internacionales de seguridad de los pacientes, cirugía segura, infecciones nosocomiales, o bien aspectos más puntuales como la calidad en servicios de radiodiagnóstico o la calidad en la clínica del pie y heridas. Además, se trata aquí un tema de profunda preocupación en el país, la calidad de la prescripción farmacológica y su vínculo con la seguridad para los pacientes en el tema de la farmacovigilancia. Todo ello teniendo como marco la configuración del programa institucional de calidad, delineado por el Director de Prestaciones Médicas de la institución, el análisis de un tema central para la calidad como es la medicina asertiva, y la importancia del registro de los eventos adversos.

No tengo duda de que la exigencia hacia el Instituto Mexicano del Seguro Social seguirá siendo cada vez mayor porque el blanco móvil de la calidad continuará en movimiento, porque el Instituto seguirá siendo un ícono de nuestro Sistema Nacional de Salud, porque las plataformas de desarrollo que ha creado le exigen seguir fincando su propio futuro, y porque a 70 años de su nacimiento habrá siempre camino por recorrer para seguir demostrando su liderazgo. Seguramente este último será el mejor incentivo para enfocar cada vez más sus esfuerzos y demostrar con hechos, como ha ocurrido hasta ahora, que siempre será posible ser mejor aun a pesar de las exigencias que, superadas en cada momento de su historia, serán el signo de que continuamente se avanza.

A nuestros pacientes, por ser la razón de nuestra labor profesional.

A todos los médicos y enfermeras, convencida de que su gran vocación de servicio, sensibilidad y responsabilidad harán posible una mejora continua en la calidad de la atención médica y en la seguridad del paciente.

A Jorge, Paulina y Jorge Arturo, apoyo y motor de muchas aventuras.

Agradecimiento

*al Dr. Javier Dávila Torres, cuya visión y conducción han generado
un gran impulso hacia una mejor calidad y seguridad
en la atención de los pacientes en nuestro Instituto.*

Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, IMSS

Javier Dávila Torres, Lilia Cote Estrada

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud enfrentan retos de gran magnitud, que en el futuro cercano serán aún de mayor dimensión. Son innegables los avances en materia de atención médica, que en las últimas décadas han sido significativos, como el incremento en la esperanza de vida o el gran desarrollo tecnológico, que ha permitido mayor precisión en la integración diagnóstica y efectividad en la terapéutica. Sin embargo, los desafíos a los cuales se tendrá que dar respuesta son igualmente importantes: aumento considerable de la patología crónico-degenerativa, de la población geriátrica y de enfermedades emergentes y catastróficas, entre otros, condición que no sólo afectan la salud de la población y complican más su atención, sino que ponen en riesgo el estado financiero de todos los sistemas de salud.

La atención médica se ha convertido en una actividad compleja, influida por un sinnúmero de factores que inciden en la terapéutica y posibles resultados: transición epidemiológica y demográfica, características individuales del paciente, presencia de comorbilidades, variabilidad terapéutica del profesional de salud y desarrollo de nuevas tecnologías, que en conjunto implican vulnerabilidad y posibles riesgos dentro de este proceso.

Tampoco se puede soslayar la necesidad de fortalecer la diligencia y el cuidado que se debe otorgar a cada paciente, el desarrollo de nuevas competencias por parte del profesional de la salud, para reducir acciones inseguras, así como la participación del paciente, la familia y la comunidad, hasta ahora subestimados pero altamente determinantes.

La esencia de la actividad asistencial consiste en promover y propiciar la prevención, tratar de mantener las mejores condiciones de salud de la población, o en su caso, alcanzar la curación y paliar dolencias; al mismo tiempo, es importante satisfacer las expectativas de los usuarios. De esta manera la organización aspira a otorgar la atención con la mejor calidad agregando uno de sus principales atributos —la seguridad—, a fin de reducir la posibilidad de errores que ocasionen daño al paciente.

Hablar de calidad de la atención médica no es un tema reciente; han sido múltiples las propuestas y esfuerzos dirigidos con este propósito, y aunque es más reciente el tema de seguridad, a la fecha no se concibe una adecuada atención médica sin que exista una relación estrecha entre este binomio. A partir del reporte del Instituto de Medicina de EUA —*To err is human: building a safer system*— se hicieron evidentes los errores en la práctica médica y sus graves consecuencias, motivando un movimiento mundial a favor de la seguridad del paciente a través de la Alianza mundial para la seguridad del paciente.¹ Por lo anterior, la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el ánimo de dar respuesta a esta preocupación global, consciente y conocedora de sus propias áreas de oportunidad, ha desarrollado el Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. Se sabe que es prácticamente imposible mejorar todo, o de manera inmediata, por lo que se deben identificar con claridad las debilidades y analizarlas en forma detallada para establecer prioridades inequívocas que permitan mejorar con eficiencia en el menor plazo posible, sin descuidar la planeación del mediano y el largo plazo. Éstas son las premisas del programa, construido con estrategias concretas y factibles, a fin de obtener resultados que produzcan impacto real para conducir a la mejora la atención médica, evitando los errores, reduciendo la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales, y optimizando los recursos, por cierto, cada vez más limitados.

ANTECEDENTES

Antes de iniciar la descripción del programa revisaremos en forma sucinta los antecedentes, así como la experiencia contemporánea internacional y nacional, y las acciones previas al interior de la organización para contar con mayores elementos en su construcción. Aunque la calidad y la seguridad están íntimamente ligadas, sus referentes tienen orígenes distintos, por lo que se revisan en forma separada, para finalmente comentar los mecanismos de aseguramiento.

Calidad

La Organización Mundial de la Salud ha definido que “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas,

curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, destinando los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna, tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.²

El Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) de EUA propone la siguiente definición: “La calidad de atención es el grado en el que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”.³

Existen múltiples definiciones de la calidad; lo cierto es que desde nuestra óptica convergen en los siguientes elementos: satisfacción y mínima cantidad de riesgos y de eventos adversos, a los cuales se agregaría la optimización de recursos. Entonces, la propuesta es asegurar que cada paciente reciba la atención adecuada para mantener la salud, prever la enfermedad o sus complicaciones y en su caso establecer el diagnóstico u ofrecer la terapia idónea, tomando en consideración todos los factores propios del paciente o del profesional de la salud para lograr el mejor resultado con el menor riesgo posible y la máxima satisfacción, mediante el uso responsable y adecuado de los recursos.

El tema de calidad ha estado presente desde tiempos pasados. Existen antecedentes muy antiguos, como el Código de Hammurabi (1800 a.C.), que a finales de la Edad Media e inicios del Renacimiento integraba leyes que protegían al paciente; en España se creó el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1447 por los Reyes Católicos, cuyo propósito, además de regular el ejercicio de la profesión médica, era otorgar calidad en la atención sanitaria —posteriormente esta institución llegó a las colonias americanas, entre ellas Nueva España.

En 1918 el Colegio Americano de Cirujanos (ACS: *American College of Surgeons*) contaba con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención. En 1933 Lee y Jones promovieron la “buena atención médica” en los siguientes términos: la práctica racional de la medicina sustentada en las ciencias médicas, haciendo énfasis en la prevención, exige cooperación entre los profesionales de la medicina y el público, tratar al individuo como un todo, enfatizando que se trata de una persona enferma y no a la condición patológica *per se*, manteniendo una relación cercana y continua entre el médico y el paciente.^{4,5}

A pesar de haber descrito estas premisas a principios del siglo pasado sus conceptos son totalmente vigentes, además de ser altamente deseables en la práctica médica.

En México los primeros esfuerzos identificados datan de 1956 en el Hospital General “La Raza”, del IMSS, donde se inició la revisión de expedientes clínicos y al año siguiente se formó la Comisión de Supervisión Médica. En 1959 fueron sentadas las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la

revisión sistemática del expediente clínico y en 1962 fue publicado un fascículo denominado Auditoría Médica por la Subdirección General Médica del IMSS, reeditado en 1964, con políticas que incluían los parámetros para evaluar la calidad de la atención médica. Esta metodología fue adoptada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

En 1972 la Auditoría médica transitó a la Evaluación médica, por lo que la Subdirección General Médica del IMSS publicó un fascículo de Instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico.

A partir de 1984 un grupo de médicos, entre quienes se incluían los doctores González Montesinos, Lee Ramos, Santisteban, Pérez Álvarez, Remolina Barenque, de la Fuente, Maqueo y Hernández Brito, inició un número importante de publicaciones relacionadas con la evaluación médica en aspectos como la Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsias, la Evaluación de envío de pacientes entre unidades de la Región sur y del Valle de México y la Evaluación de actividades de enfermería en los hospitales del IMSS, entre otros, todos con la finalidad de evaluar la calidad de la atención médica.

En 1987 la Subdirección General Médica del IMSS emitió el documento Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS, incluyendo un instructivo y una cédula de registro, documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, el cual generó ese mismo año las Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud.⁶⁻⁸

Estas bases pretendieron elaborar una metodología que permitiera crear mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de los servicios que otorgaban las instituciones de salud, así como integrar un sistema de evaluación para conocer en su momento los problemas que afectaban en forma negativa los servicios y las situaciones que promovían su mejora.

Además de evaluar el expediente clínico se realizaba un análisis relacionado con la infraestructura, el equipo, los recursos humanos y los insumos, y se introdujo una figura importante tanto para la evaluación como para la promoción de la mejora, que consistió en los comités técnicos de evaluación del expediente clínico, de detección, de prevención y control de las infecciones hospitalarias, de tejidos, de investigación, de morbilidad, de suministro y abastecimiento, de conservación y mantenimiento, de formación y desarrollo personal, y de salud, cuya actuación significó un progreso en la evaluación de los distintos procesos.⁹

A partir de 1980 a nivel internacional adquirió relevancia la figura del Dr. Avedis Donabedian en EUA, por sus trabajos sobre calidad de la atención médica, basados en la teoría de sistemas. Así, su definición de calidad de la atención quedó como un referente obligado, con la que se persigue proporcionar al usuario el

máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes.

Donabedian identificó la calidad asistencial con tres componentes dignos de tomarse en cuenta:

1. El técnico, enfocado en la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo del problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
2. El interpersonal, basado en el postulado de la relación entre las personas, el cual debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
3. El constituido los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más cómoda.^{10,11}

Resulta imprescindible recordar uno de los aspectos conceptuales más importantes de la filosofía de Avedis Donabedian, el cual constituye un hito en la evaluación de la calidad asistencial: estructura, proceso y resultado.¹²

Años más tarde, en 1989, la *International Organization for Standardization* (ISO) señaló que la calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado, aunque estos preceptos estuvieron inspirados en diferentes industrias, no así en la salud.¹¹

En México a partir de 1990 se publicaron trabajos del Dr. Enrique Ruelas Barajas, todos ellos relacionados con la calidad de la atención médica, su implementación y su aseguramiento: Transiciones indispensables de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía, La unidad de garantía de calidad como estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica, Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología y Calidad, productividad y costos. Muchos de estos elementos han generado y conformado parte importante de la escuela contemporánea de la calidad en México.¹³⁻¹⁷

Es un hecho que han sido múltiples los esfuerzos dirigidos a establecer aspectos conceptuales para el mejor entendimiento de la calidad, así como las estrategias para definir su implementación. Sin embargo, es claro que aún falta mucho trabajo por realizar para hacer de la calidad una condición permanente en el otorgamiento de atención médica.

Seguridad

Siempre ha existido en el ejercicio médico la premisa hipocrática *primum non nocere*, “primero no dañar”, y aunque pareciera paradójico, cuando un paciente

ingresa a un hospital con el propósito de obtener curación del mal que le aqueja, en contrario puede presentar eventos adversos y sufrir desde lesiones leves hasta la muerte.

La seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación imperativa, por lo que constituye actualmente un pilar fundamental en las estrategias de salud y un tema prioritario en las agendas de los sistemas de salud; en este sentido, es importante identificar los riesgos para eliminarlos y reducir al máximo los eventos adversos. Esto es posible en tanto se desarrollen los mecanismos para su detección y el análisis detallado de las condicionantes hasta precisar los factores que los originan y detonan para evitar su recurrencia.

A pesar de que existen estudios previos relacionados con la investigación de eventos adversos, el más importante de este tipo por cubrir los requisitos metodológicos fue el desarrollado en Nueva York en 1991 (*Harvard Medical Practice Study*).

A partir de este estudio es posible identificar la magnitud del problema con mayor claridad, el cual estimó una incidencia de eventos adversos (EA) de 3.8%; en 70% de estos pacientes se produjo discapacidad leve o transitoria, en 3% se presentó incapacidad permanente y en 14% se provocó la muerte. Los EA más frecuentes fueron las reacciones a los medicamentos (19%), seguidos de las infecciones de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%). En su momento, el motivo de la revisión fue principalmente establecer el grado de negligencia de estos EA y no tanto medir la posibilidad de prevención de los mismos; sin embargo, en la actualidad constituye un hito en el estudio de los EA.

Sin duda, el reporte del IOM de EUA se inició en 1998 del proyecto *Quality of Health Care in America*, el cual representó el comienzo de una nueva era en la atención médica. Su objetivo era desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad en su sistema de salud a lo largo de la siguiente década. El producto de una fase inicial, dentro de este amplio proyecto, fue el informe *To err is human: building a safer health system*, que analizaba los errores médicos; éste generó un gran impacto en la comunidad médica y en la sociedad en general, con datos significativos relacionados con la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos, que oscilaban entre 44 000 y 98 000 por año, por arriba de los accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA, de los cuales un gran número eran prevenibles.^{17,18}

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente después de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, órgano decisorio de la OMS, cuyo objetivo ha sido coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

En el Reino Unido, después de identificar hallazgos semejantes, se ha promovido una política de identificación y reducción de errores médicos. Así, tras la publicación del informe del Servicio Nacional de Salud —“una organización con

memoria”—, se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente, el cual queda incluido en el programa Construyendo un sistema seguro. Este programa se ha beneficiado de intensos contactos e intercambios entre representantes del Reino Unido, Australia y EUA; entre otras iniciativas, ha conducido a la creación de un sistema obligatorio para notificar los eventos adversos y complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, gestionado por un organismo de reciente creación, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente.

En España la seguridad del paciente también es una política prioritaria; el Ministerio de Sanidad contempla los siguientes puntos:

1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria, incluyendo la difusión de los proyectos desarrollados (entre ellos el estudio ENEAS), la formación de los profesionales y la promoción de la investigación.
2. Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
3. Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
4. Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos.¹⁹

En las últimas décadas la seguridad del paciente se ha convertido en la mayor área de investigación, discusión pública y política de salud, enfatizando el análisis pormenorizado de los errores médicos y su contexto, causas, consecuencias y costos.²⁰

Mecanismos de aseguramiento. Acreditación y certificación

Como se comentó, resulta difícil separar la calidad, la seguridad y los mecanismos de aseguramiento integrados por acciones, herramientas o procesos de evaluación que garantizan la calidad, sobre todo en sus inicios donde se empata el estudio de la calidad con un mecanismo de auditoría médica, a través de la revisión de los expedientes clínicos, como se dio en el IMSS a mediados del siglo pasado.

El término utilizado internacionalmente para evaluar el cumplimiento de criterios o estándares a través de auditores externos es el de acreditación; sin embargo, en México a partir de la reforma en salud en 2003, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud, se refiere exclusivamente el cumplimiento de un paquete básico de criterios dirigido a garantizar los servicios que integran el Ca-

tálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, mientras que la certificación corresponde al término inicialmente señalado, el cual se describirá más adelante.^{21,22}

Para ser proveedor de servicios médicos del Sistema de Protección Social en Salud es obligatorio estar acreditado para asegurar los puntos mínimos indispensables en la prestación de servicios con capacidad, seguridad y calidad para otorgar atención a padecimientos incluidos en un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que contiene 249 intervenciones, dentro de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que el gobierno federal en conjunto con los gobiernos estatales ponen a disposición de la población que hasta entonces no contaba con seguridad social, mediante una política nacional de protección social en salud.

Tomando en cuenta lo señalado, en México la acreditación es obligatoria, en tanto que la certificación es voluntaria.²³

La historia de la acreditación se inició el siglo pasado. Se considera que Florence Nightingale es la precursora de la evaluación de la calidad debido a su interés por reducir las muertes derivadas de infecciones adquiridas dentro de los hospitales, mediante la medición de las infecciones en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea (1853 a 1856): "...las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados..." Asimismo, fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de los resultados, y mostró cómo la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, lo cual implica mejorar en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una fórmula modelo de estadística hospitalaria para que los hospitales recolecten y generen datos y cifras consistentes. No se puede soslayar la figura de Ignaz Semmelweis, quien identificó que la elevada mortalidad materna en el hospital vienés donde trabajaba era debida a la fiebre puerperal ocasionada por la falta de lavado del instrumental y de las manos de los médicos.²³⁻²⁵

En 1951, como parte de un acuerdo con el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association* y la *American Medical Association*, se creó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales en forma voluntaria y con el propósito de autorregularse.^{23,26}

Algunos consideran que son dos las raíces de la acreditación, el Informe Flexner dirigido a la educación, y la aportación de Ernest Amory Codman, quien se planteó como objetivo dar seguimiento a la evolución de los pacientes a través de su recuperación de una manera sistemática y analizar los resultados derivados de la atención prestada por distintos médicos. Entre 1917 y 1918 logró que algunos hospitales apoyaran su iniciativa para establecer el primer tipo de evaluación mediante estándares, estableciendo el Sistema Hospitalario Estandarizado de Resul-

tados finales, Teoría de los resultados finales, que indicaba que “cada hospital debiera seguir a cada paciente durante el tiempo suficiente como para establecer si el tratamiento fue exitoso y entonces preguntarse, si no lo fue, ¿por qué? Con la visión de prevenir errores similares en el futuro”.²⁷

La construcción del primer estándar hospitalario del Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) en 1917 incluía los siguientes puntos:

- Cada hospital debe contar con su propio equipo médico.
- Los miembros del equipo deben seleccionarse entre los graduados de una escuela de medicina, evaluando sus competencias y carácter,
- Se deben realizar reuniones regulares para la revisión de los casos.
- Se deben llevar registros médicos en todos los casos.
- Cada hospital debe disponer de un laboratorio de análisis clínicos con una sección radiológica.

La primera evaluación llevada a cabo por el ACS en 1918 fue liderada por Codman; en ella los resultados indicaron que sólo 89 de los 692 hospitales estadounidenses visitados lograron cumplir con los cinco criterios. Codman dejó su legado al señalar: “...de modo que soy llamado excéntrico porque digo públicamente que los hospitales, si requieren estar seguros de que mejoran, deben:

1. Establecer cuáles son sus resultados;
2. Analizarlos, de manera de hallar sus puntos débiles y sus fortalezas;
3. Comparar sus resultados con los de otros hospitales, y
4. Ver con buenos ojos la publicación, no sólo de sus éxitos, sino también de sus errores”.²⁸

El modelo desarrollado en ACS se exportó en 1926 a Australia, en 1953 a Canadá y posteriormente a Europa, en donde se fueron desarrollando programas propios de evaluación externa, aunque el enfoque anglosajón ha sido replicado y adaptado en todo el mundo.

Algunos países han implantado la acreditación como primer paso para medir, comparar y mejorar los servicios. Otros han utilizado principalmente los estándares con reconocimiento internacional, como las normas ISO 9000, o han adoptado el enfoque del modelo de excelencia.

Entre 1996 y 1999 se llevó a cabo el Proyecto Expert2, que analizó cuatro modelos de evaluación a través de la revisión por pares. Este estudio fue realizado para valorar el uso y desarrollo de la revisión externa en los países de la Unión Europea. En él se identificaron los cuatro modelos principales de revisión externa enfocados en la medición de la calidad de la gestión y operación de los servicios de salud, acreditación, ISO, *European Foundation for Quality Management* y *Vitatie*.

ISO 9000

La serie ISO 9000 es una familia de estándares desarrollados por la Organización Internacional de Normalización. Los primeros modelos de la gestión de la calidad surgieron en el Reino Unido. Debido a que originalmente se diseñaron para la industria, las normas ISO en salud no tienen aceptación general; sin embargo, ya se han desarrollado los trabajos para su adecuación en los procesos de atención médica.

Visitatie

El sistema de visitas se originó y desarrolló en Holanda y actualmente está arraigado en la profesión médica. Se basa en estándares explícitos de calidad clínica, en algunos aspectos es similar al de acreditación y su propósito es mejorar mediante la evaluación de la calidad el desempeño individual del médico y de los equipos clínicos que realizan procesos en conjunto.

European Foundation for Quality Management o EFQM

A finales de la década de 1980 la Comunidad Europea creó un modelo con enfoque de búsqueda de la excelencia, constituyendo un marco de referencia para estructurar, evaluar y mejorar la gestión de la calidad de cualquier organización.

En cuestión de acreditación el modelo referente lo representa *The Joint Commission International*. El común denominador de los cuatro modelos es que todos usan criterios o estándares valorados por auditores externos, pero en este caso en particular se acredita la organización al valorar todos los sistemas de la organización y la habilidad para evaluar y monitorear a su personal a través de mecanismos internos.

Como se comentó, la acreditación se originó en EUA a través de un modelo de evaluación externa, cuyo propósito fundamental era estandarizar la práctica médica hospitalaria. A menudo se realiza como un proceso voluntario que puede ser requisito de algunos sistemas de aseguramiento. En los países de habla inglesa se ha generalizado gracias a las organizaciones no gubernamentales y al pago del servicio. Es un enfoque muy popular. Hoy se identifican 36 países con modelos similares de acreditación.

En 1992 la Organización Panamericana de la Salud inició el proyecto de promover la acreditación de hospitales en América Latina; como respuesta a ello, la Secretaría de Salud de México inició acciones para impulsar la calidad de la atención hospitalaria, dando lugar en 1994 a la constitución de la Comisión Mexicana para la Certificación de Servicios de Salud, A. C., en la cual participaban representantes de los sectores público, social y privado.^{23,29}

Cuadro 1-1. Evolución cronológica del proceso de certificación

Año	Programa sectorial	Coordinación	Documento	Objetivo
1983 a 1985	Grupo básico interinstitucional de Evaluación Sectorial	Dirección General de Planeación de la SSA	Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud	Desarrollar y uniformar procesos de evaluación de la calidad
1989 a 1994	Grupo básico interinstitucional de Evaluación Sectorial	Dirección General de Planeación y Evaluación de la SSA	Cuadro Básico de indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud	Evaluar la calidad de la Atención Médica
1999	Comisión Nacional de Certificación de Hospitales	Consejo de Salubridad General	DOF. Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Criterios para la certificación de hospitales	Bases conceptuales y procedimientos para la Certificación de Hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras
2001	Comisión Nacional de Certificación de Hospitales	Consejo de Salubridad General	Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002. Reglamento Interior de la Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud	Se redefinieron los criterios de evaluación y el CSG se hizo cargo del proceso de certificación, integrando además de los hospitales, las unidades de atención ambulatoria, medicina física y rehabilitación, y hemodinámicas
2008	SINACEAM	Consejo de Salubridad General	Homologación de los estándares del Consejo de Salubridad General con los de la JCI, 2003	Fundamento jurídico necesario para fortalecer la certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones
2011	SINACEAM	Consejo de Salubridad General	Estándares homologados JCI	Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes
2012	SINACEAM	Consejo de Salubridad General	Actualización de los Estándares homologados JCI	Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes

SSA: Secretaría de Salud; SINACEAM: Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica; JCI: Joint Commission International; CSG: Consejo de Salubridad General.

El cuadro 1–1 muestra la evolución cronológica de los eventos que conformaron el proceso de certificación de México.

A partir de enero de 2009 en México entraron en vigor los nuevos estándares para la certificación homologados a los de la *Joint Commission International* y la metodología en su implementación. Si se dimensiona este hecho, en caso de que un hospital obtenga el reconocimiento del cumplimiento cabal de los estándares tendrá reconocimiento internacional, comparable con el de los mejores hospitales del mundo.^{30–32}

Programas sectoriales de calidad y seguridad del paciente

En 1997 la Secretaría de Salud inició el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica, el cual fue implantado a finales de 2000 en 28 estados de la República. Este programa incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo niveles de atención médica en la historia de esta institución, así como la capacitación de personal directivo y operativo. También impulsó la certificación de los hospitales “amigos de la madre y el niño”, y la certificación de jurisdicciones sanitarias.³³

Las siguientes administraciones planearon y desarrollaron programas para elevar la calidad de la atención médica (figura 1–1).

El Programa Nacional de Salud 2001–2006 identificó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos prioritarios del sistema de salud mexicano.

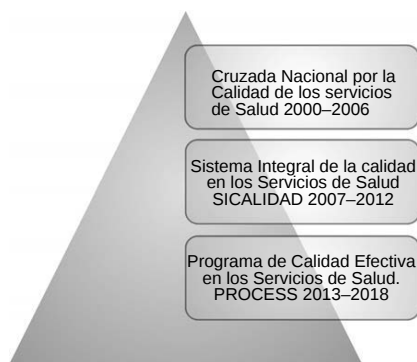


Figura 1–1. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En su momento se consideró que a pesar del trabajo realizado por las instituciones públicas y privadas no había existido una estrategia que permitiera la coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que se alcanzara el objetivo; así, este programa daría una respuesta a la ciudadanía tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal. Se consideró necesario establecer una estrategia nacional que rescatara en forma sistematizada el valor de la calidad y lo arraigara en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de servicio para alcanzar la mejora, no sólo en las condiciones de salud, sino también en el trato adecuado para generar la satisfacción del usuario.³⁴

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud tuvo como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos con el propósito de mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud (figura 1–2).^{35,36}

El objetivo de este programa fue “implantar un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. Incluyó las siguientes premisas:

- Compromiso ético basado en mejorar el cuidado y la calidad de vida de los pacientes.

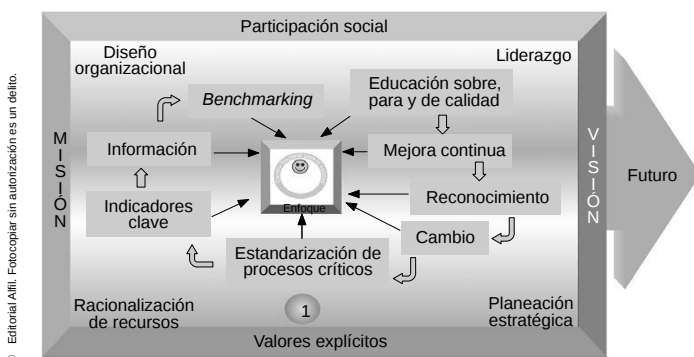


Figura 1–2. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICalidad), 2007–2012.

- Práctica profesional de excelencia que incorpora la medicina basada en evidencias y la mejora continua en los procesos de atención.
- Propuesta por la eficiencia y el uso óptimo de los recursos: la falta de calidad es más costosa.
- Conjunto de herramientas que se basan en la evidencia científica, la codificación del conocimiento y la detección de problemas de calidad y su difusión.
- Estrategia al servicio del usuario para que reciban servicios adecuados a sus necesidades y expectativas, generando espacios de voz.
- Participación del usuario o de la sociedad civil en un proceso de legitimación y construcción de capital social (cuadro 1–2).

Hasta este momento se han considerado como líneas prioritarias las que se muestran en la figura 1–3; sin embargo, este programa transitará a la nueva propuesta de la presente administración.³⁸

En la presente administración (2013 a 2018) se ha considerado como prioridad la calidad: “Uno de los compromisos del gobierno federal para cumplir con el Pacto por México se refiere a la homologación de la calidad de atención en los sistemas públicos de salud, como elemento esencial para lograr el acceso universal efectivo a los servicios de salud”.

El programa y propuesta sectorial para la presente administración centrada en el paciente con un esquema de garantía y aseguramiento, así como incentivos de mejora, está en construcción; sin embargo, está dirigido a resolver el problema de la heterogeneidad de la calidad entre los diferentes niveles de atención y de las instituciones públicas y privadas. SICalidad transitará a PROCESS.

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Antes de realizar una descripción general de programa comentaremos otros antecedentes importantes dentro de la institución.

En 1996 la Comisión Ejecutiva del IMSS, mediante el acuerdo 21.9, estableció las acciones dirigidas a la mejora de la calidad: “...se autoriza que una vez que la mayor parte de las unidades cuenten con procesos participativos de planeación estratégica y mejora continua, cuyos objetivos sean la satisfacción del usuario y cumplimiento de los indicadores institucionales sean creados los Consejos Delegacionales de Calidad para crear los Consejos Regionales de Calidad y el Consejo Institucional de Calidad”.

Cuadro 1-2. Proyectos que integran el Sistema Integral de Calidad en Salud³⁷

1.	Calidad percibida	2.6.	Uso racional de medicamentos (URM)	3.6.	Creación y fortalecimiento de los comités de calidad y seguridad del paciente (COCASEP) en hospitales y atención primaria
1.1.	Construir ciudadanía en salud: aval ciudadano	2.7.	Servicios de urgencias que mejoran la atención y resolución (SUMAR)	3.7.	Componente de calidad en convenios de gestión del SPSS
1.2.	Percepción de los profesionales de la salud. Caminando con los trabajadores de la salud	2.8.	Medicina basada en la evidencia: difusión de guías de práctica clínica (MBE-GPC)	3.8.	Modelo de gestión para la calidad total
2.	Calidad técnica y seguridad del paciente	2.9.	Plan de cuidados de enfermería (PLACE)	3.9.	Currícula de calidad en la formación de los profesionales
2.1.	Seguridad del paciente	2.10	Calidad en la atención odontológica (CAO)	4.	Proyectos de apoyo y reconocimiento
2.2.	Prevención y reducción de la infección nosocomial (PRE-REIN)	2.11	Programa de atención domiciliaria (PAD)	4.1	Capacitación en calidad
2.3.	Expediente clínico integrado y de calidad (ECIC)	3.	Calidad en la gestión de los servicios de salud. Institucionalización de la calidad	4.2.	Compromisos de calidad en acuerdos de gestión
2.4.	Calidad en la atención materna	3.1	Acreditación y garantía de calidad	4.3.	Premio Nacional de Calidad y Premio a la Innovación en Calidad en Salud
2.5.	Cuidados paliativos (PALIAR)	3.2	Sistema Nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS)	4.4.	Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud
		3.3	Comité nacional por la calidad en salud (CONACAS)	4.5.	Reuniones nacionales de SICalidad
		3.4	Comités estatales de calidad en salud (CECAS)	4.6.	Red SICalidad: boletín
		3.5	Gestores de calidad en atención primaria y hospitales	4.7.	Instrucciones de SICalidad

SICalidad: Sistema Integral de Calidad en Salud.

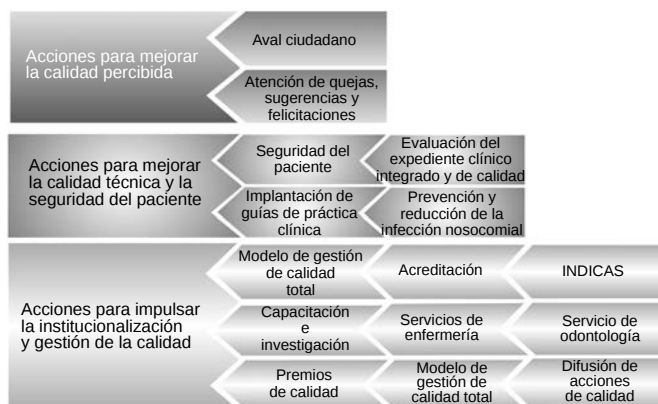


Figura 1–3. Programa Efectivo de Calidad de los Servicios de Salud. PROCESS 2013–2018

Ya creados los Consejos de Calidad, en 1999 se constituyó el Plan Integral de Calidad 1998–2000, cuyos objetivos fueron:

- Mejorar la calidad de los servicios en función de la satisfacción de los usuarios y los trabajadores.
- Asegurar la adecuación de los procesos y su correcta interrelación.
- Incorporar el desarrollo de la cultura de calidad en el quehacer de la institución.
- Fortalecer la aplicación de criterios homogéneos en la administración y aseguramiento de la calidad para la mejora continua.

Otra figura para incentivar la mejora de la calidad la constituyó el Premio IMSS de Calidad (1999–2007), el cual promueve un modelo de gestión directiva, además de ser un reconocimiento al esfuerzo y mejora continua para otorgar a las unidades del Instituto que procuran consolidar una cultura de calidad, reflejada en los altos niveles de satisfacción de sus usuarios y clientes, así como en los resultados positivos e imagen de servicio a su comunidad de acuerdo con la misión institucional. A la fecha se continúa otorgando este premio bajo un proceso de selección y evaluación de todas las unidades; sin embargo, a partir de 2012, mediante acuerdo interinstitucional con el Consejo de Salubridad General, cualquier

premio de calidad deberá contar como requisito indispensable con la certificación de la unidad médica.³⁹

Primera fase (2010–2012)

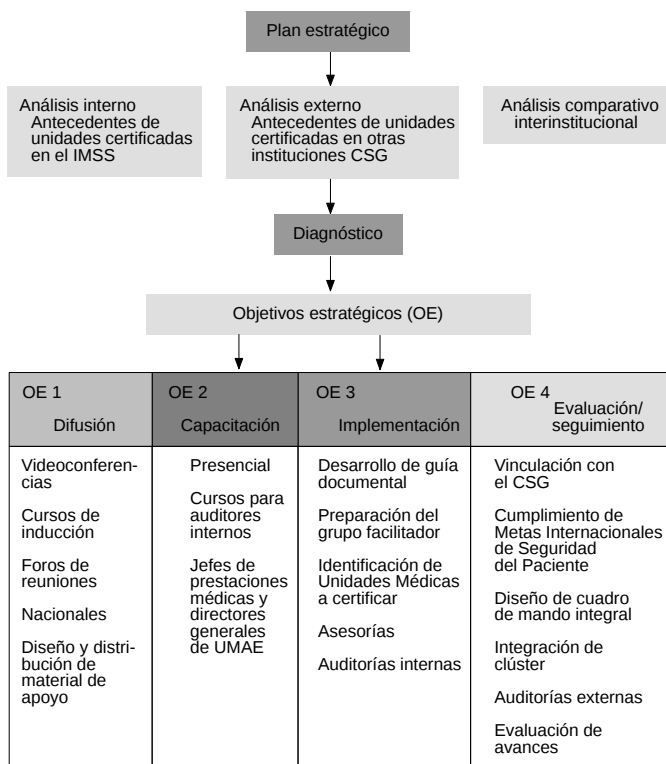
A partir de mayo de 2010 la Unidad de Atención Médica de la Dirección de Prestaciones Médicas inició un trabajo intenso para implementar el modelo, la calidad y la seguridad del paciente en unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención del Instituto. De forma prioritaria lo integraban las unidades médicas sedes de residencias médicas. El criterio de inclusión para las Unidades de Medicina Familiar indicaba que su infraestructura contara con 10 consultorios o más; el programa estuvo focalizado en el cumplimiento de los estándares homologados internacionalmente del Consejo de Salubridad General, para poder obtener su certificación.

De manera inicial se desarrolló el Plan Estratégico con un diagnóstico para conocer el número de unidades certificadas por el Consejo de Salubridad General (CSG); cabe señalar que todas ellas habían obtenido la certificación con el modelo anterior, pero no con los estándares homologados a los de la *Joint Commission International*. También se realizó una revisión del estado de las unidades médicas de otras instituciones públicas y privadas, así como un análisis comparativo. Después de integrar el diagnóstico se establecieron los objetivos estratégicos señalados en la figura 1–4.

Difusión

El punto de partida fue la difusión del nuevo esquema de certificación con los estándares homologados internacionalmente del Consejo de Salubridad General (Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, estándares centrados en el paciente y en la gestión), con alto grado de dificultad, desde la comprensión de los mismos hasta su metodología e implementación. Es importante señalar que la premisa central fue mejorar la calidad y seguridad del paciente, transitando hacia una cultura que permitiera este propósito, la cual diera como consecuencia la certificación.

Para transmitir los conceptos, la filosofía y los objetivos del programa a todas las delegaciones y unidades médicas de alta especialidad se realizaron sesiones de difusión a través de medios virtuales y presenciales: videoconferencias, página web y reuniones nacionales y locales, para el área médica y para otras (abasto, conservación, administrativas, etc.). Con este propósito se diseñó material de apoyo —trípticos, carteles y video— de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, entre otros.

**Figura 1–4.** Objetivos y plan estratégico.

Capacitación

Para realizar una capacitación efectiva que involucrara a un gran número de personal se proyectó a través de un sistema piramidal la participación inicial de una tríada conformada por personal médico, de enfermería y administrativo de cada delegación y UMAE, a fin de que se reprodujeran los cursos con la metodología y ésta permeara en un gran número de personal de las unidades médicas; otra fina-

lidad de este objetivo estratégico fue formar auditores internos, quienes no sólo guiarían la implementación sino que también realizarían auditorías internas para realizar un monitoreo de los avances.

Se realizaron 12 cursos con la formación de 400 auditores internos de personal operativo y se capacitaron a los 25 jefes de División de Calidad de las UMAE y sus 25 directores generales, así como a los 35 jefes de Prestaciones Médicas.

Implementación

Con el propósito de orientar y jerarquizar las acciones a seguir se difundió el Decálogo de la implementación, que incluyó los siguientes pasos:

1. Difundir.
2. Integrar el grupo guía.
3. Capacitar.
4. Realizar el diagnóstico de estructura.
5. Elaborar su autodiagnóstico.
6. Priorizar los estándares para su implementación (Metas Internacionales de Seguridad del Paciente [GLD: *governance leadership on direction*] y Calidad y Seguridad, Gobierno, Liderazgo y Dirección [QPS: *quality improvement and patient safety*]).
7. Elaborar el programa de trabajo.
8. Elaborar y adecuar la guía documental.
9. Vincular las acciones de preparación con la Unidad de Organización y Calidad.
10. Trabajar en el campo (área operativa).
11. Evaluar los avances para brindar retroalimentación.

Estas recomendaciones les permitirían establecer una metodología para el despliegue de actividades a realizar que facilitarían la implementación y el cumplimiento de estándares.

Evaluación y seguimiento

Se construyó la página web de la Unidad de Atención Médica para mantener comunicación con todas las unidades, proporcionar herramientas de apoyo y dar seguimiento a los avances de las unidades a través de un tablero de control. De manera presencial se realizaron visitas de monitoreo y asesoramiento a todas las UMAE del área metropolitana, y por grupos en diferentes regiones (clúster) se concentraron varios hospitales de una sola entidad, como Nuevo León y Jalisco, o de diferentes delegaciones (Mérida, Tabasco, Campeche y Quintana Roo); tam-

**Cuadro 1–3. Primera sesión ordinaria,
Consejo de Salubridad General, 15 de abril de 2013**

Tipos de unidad	Número	Observaciones	Vigencia
UMF	92	2010 = 16 2011 = 17 2012 = 52 2013 = 7	2013 2014 2015 2016
En proceso		27	
En proceso		HGZ 6 Nuevo León	
UMAA	1	UMAA 36, Mesa de Otay, Tijuana, B. C.	2015
UMAE	1	UMAE H. Especialidades CMO	20 abril 2013
En proceso		UMAE H. Oncología UMAE H. Cardiología No. 34 Nuevo León	
Complementaria	1	UMFR Norte	13 dic 2014
Total	95	En proceso 30 unidades	

bién se realizó en Baja California Norte y Sur. De manera práctica se capacitaron en la integración de la Guía Documental y en el rastreador de pacientes y de sistemas, así como en lo relacionado con la realización de auditorías internas.

Se diseñó y desarrolló el sistema de registro de eventos centinela, adversos y cuasi fallas VENCER II, el cual se describirá en otro capítulo.⁴⁰

Como se comentó, la primera fase del programa estuvo enfocada en el cumplimiento de los estándares para alcanzar la certificación por parte del Consejo de Salubridad General (CSG).

Los logros en materia de certificación implicaron 90 unidades que concluyeron el proceso de forma positiva y 37 iniciaron el proceso de certificación—inscritas ante el CSG—, pero están pendientes las auditorías, de acuerdo con los detalles del cuadro 1–3.

Segunda fase (20013–2018)

La segunda fase está enmarcada en un mayor conocimiento y experiencia del comportamiento de la organización ante la implementación de una cultura de calidad y seguridad del paciente. Es ineludible considerar la dificultad de eliminar costumbres muy arraigadas, los esquemas de trabajo que se han conformado por décadas y la resistencia al cambio, pero también ha quedado al descubierto el potencial de gran parte del personal que está dispuesto a renovarse. La mejor mane-

ra de completar esta transformación es favorecer y facilitar este cambio realizando acciones dirigidas a lograr una atención médica con mayor eficiencia y efectividad.

Si bien es cierto que el cumplimiento de los estándares de certificación garantizan la seguridad del paciente, también lo es que el proceso es difícil y largo, y algunos puntos escapan de las posibilidades de nuestra realidad nacional. A pesar de ello, lejos de evadirlos, hemos considerado que para alcanzarlos iniciaremos por la estructura básica (procesos) para poder después mejorar los sistemas; al lograr este propósito se dará como consecuencia lógica el cumplimiento de estándares y la mejora en la calidad y la seguridad. En esta segunda fase la institución enfocará sus esfuerzos en los problemas prioritarios de salud, con lo cual se considera obtener resultados de mayor impacto.

Comenzaremos con un marco conceptual para posteriormente describir las estrategias a seguir en esta segunda etapa.

Creemos fehacientemente que para lograr los objetivos debemos:

1. Fortalecer la cultura de calidad y seguridad que inició en la primera fase.
2. Establecer un modelo lógico, que permita en forma ordenada y secuencial el logro de objetivos y metas.
3. Desarrollar competencias especiales en los profesionales de la salud y en todos los trabajadores que participan de manera directa o indirecta en la atención médica, para posteriormente aterrizar en las acciones particulares.
4. Dar seguimiento y evaluación a través de indicadores específicos.

Crear y consolidar esta nueva cultura es indispensable. Los líderes y miembros de la institución deben aceptar que en un hospital se puede producir daño; deben tener conciencia clara y proactiva para que cada acción sea realizada con cuidado y diligencia con el propósito de evitar riesgos y considerar que las complicaciones o fallecimientos por infecciones nosocomiales, procedimientos quirúrgicos e invasivos, caídas o úlceras por presión no sólo forman parte de una estadística o una condición *sine qua non* en las unidades de atención médica, sino que se pueden prevenir, además de promover las condiciones óptimas para conducir la transición de una cultura de usos y costumbres a una de seguridad. Para tomar todas las precauciones e implementar las medidas de barrera para hacer altamente prevenibles los eventos adversos, estaremos consolidando una verdadera cultura de la seguridad del paciente, logrando evitar problemas de salud en los pacientes, sociales en la comunidad y financieros en los sistemas de salud.

Esta cultura es tan importante que las organizaciones internacionales la consideran como la piedra angular de las buenas prácticas y la establecen como una recomendación capital.

Las buenas prácticas se caracterizan por tener fuertes evidencias de su efectividad en la reducción de eventos adversos; son generales, pues se pueden utilizar

en cualquier tipo de unidad y con cualquier tipo de pacientes, además de lograr un beneficio significativo en la seguridad del paciente.

La cultura de la seguridad de una organización es el producto de un liderazgo transformador, para integrar valores individuales y grupales, actitudes, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso y el estilo eficiente del manejo en salud y seguridad.⁴¹⁻⁴⁴

Las acciones generadas deberán ser parte de hábitos consientes de todos los miembros de la organización para reducir riesgos y, por ende, eventos adversos, y no producto de la casualidad o de mejoras aisladas.

Hay cuatro cosas que afectan el arraigo de la cultura de seguridad del paciente:

- a. Falta de un liderazgo efectivo.
- b. Los profesionales de la salud y directivos con frecuencia están más interesados en la responsabilidad individual en lugar de desarrollar sistemas.
- c. Los clínicos con frecuencia detectan errores durante la práctica clínica y lideran la impresión de que estos problemas son inevitables.
- d. La atención médica es típicamente organizada de manera jerárquica, por lo que reporta “problemas”, los cuales sólo son vistos como ataque personal en lugar de identificar las áreas de oportunidad para mejorar.

El primer paso para desarrollar una cultura de la seguridad consiste en medir y definir el nivel de arraigo de la cultura de seguridad en organizacional.⁴⁵

Como se mencionó, el propósito del programa es mejorar la satisfacción, reducir significativamente los eventos adversos e incrementar el uso adecuado de los recursos para otorgar una atención médica segura, evitando daño al paciente, efectiva al proveer servicios basados en el conocimiento científico, produciendo claramente un beneficio, y centrada en el paciente, con respeto a sus necesidades y valores, oportuna, en el momento adecuado, eficiente, evitando gastos innecesarios y con equidad, para que la calidad sea la misma independientemente del tipo de paciente.

El modelo lógico, en nuestro caso, está construido por diferentes etapas con elementos de entrada y salida. En la primera posición se encuentran las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, sin olvidar las de la propia organización, que incluye a todo el personal que participa en la atención médica. El resultado del proceso deberá cumplir con los siguientes puntos: dejar satisfechas las necesidades de todos los actores, evitar al máximo los eventos adversos y al mismo tiempo optimizar los recursos para contener los costos.⁴⁶

Para alcanzar este propósito se tienen contemplados las siguientes acciones. En primer lugar resulta indispensable vincular todos los programas institucionales; si no se visualizan la calidad y la seguridad como la plataforma de todos ellos y se sigue en el intento de mejoras de manera fragmentada, los resultados por buenos que sean no serán suficientes. Los problemas son innumerables, por ello es



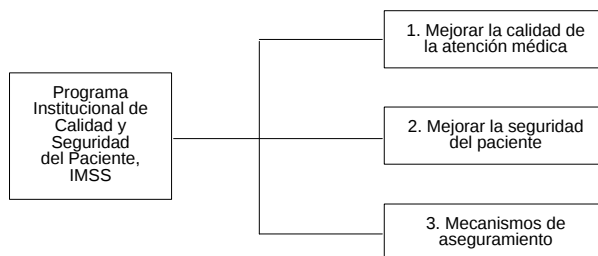
Figura 1–5. Enfoque sistémico y sistemático, "mejoras aisladas, malos resultados".

imprescindible identificar las mayores áreas de oportunidad para enfatizar las acciones en aquellos que producirán mayor impacto. Después es necesario realizar una revisión exhaustiva de los procesos: médicos, administrativos y financieros, pues todos repercuten en la atención médica. Para ello, la auditoría de procesos permitirá identificar con precisión las fallas o vacíos y así implementar de manera dirigida acciones específicas; una vez definido el diseño final deberán estandarizarse los procesos para una mejora continua. En el ámbito clínico la herramienta fundamental son las guías de práctica clínica.

Una premisa del modelo es el enfoque sistémico y sistemático en donde todos los integrantes de la organización participen, interactúen y potencien sus actividades para lograr los mejores resultados, y en donde todos los procesos de atención médica estén relacionados y firmemente adheridos —no segmentados— para después realizar de manera uniforme las acciones, mejorar y mantener el nivel de calidad (figura 1–5).

Las competencias profesionales tradicionalmente tienen dos componentes esenciales: el conocimiento y la habilidad. Ahora resulta indispensable desarrollar competencias especiales para mejorar la seguridad del paciente, como el liderazgo, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo que favorezcan la identificación y el manejo de riesgos para prevenir los eventos adversos y el daño consecuente al paciente. Estas características parecieran meramente teóricas, pero si en la práctica hacen falta, no se puede conducir un proceso de cambio efectivo.

La evidencia basada en competencias es indispensable en la práctica actual, implicando la base con elementos críticos para entender las actividades de prevención.^{47,48}

**Figura 1–6.**

Seguimiento y monitoreo a través de indicadores. La medición debe servir más para aprender que para juzgar, dando la pauta de los avances obtenidos. En el sistema institucional de indicadores se categorizarán y ponderarán de acuerdo con la priorización y trascendencia, y la retroalimentación correspondiente para incorporar las mejoras detectadas.

En el terreno de la operación el Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente está integrado por tres líneas estratégicas, las cuales se describirán en forma resumida (figura 1–6).

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En materia de satisfacción se cuenta con algunas mediciones que muestran el panorama institucional. La Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohabientes (ENSAT) realizada en 2009 por el IMSS indica que 77% de sus derechohabientes se manifiestan “satisfechos o muy satisfechos” con los servicios que reciben y 85% recomendarían su unidad atención.⁴⁹

La ENSAT del mes de julio de 2010 estuvo integrada por 18 717 entrevistas, de las cuales 11,938 fueron de primer nivel, 4 141 de segundo nivel y 2 638 de tercer nivel. Los principales resultados obtenidos indican que 82% de los derechohabientes que usan los servicios médicos del IMSS declararon estar muy satisfechos o algo satisfechos con la atención recibida, porcentaje superior al registrado en la medición previa (diciembre de 2009), que fue de 77%.⁵⁰

Por otro lado, 87% de los derechohabientes recomendarían las unidades médicas, porcentaje superior al reportado en la encuesta anterior, que fue de 85%; mientras que 12% no la recomendarían debido al mal trato, la espera prolongada y la falta de medicamentos, entre otras causas. Asimismo, a 80% de la población

el IMSS le inspira mucha o algo de confianza, cifra superior a la reportada en el levantamiento anterior, que fue de 77%.⁵¹

Las cifras revelan una mejoría; sin embargo, aún queda mucho trabajo por realizar, para lo cual se diseñan acciones directas tanto en su implementación como en su medición.

Esta línea estratégica se focaliza en tres objetivos, los cuales se trabajarán de manera transversal durante toda la administración:

- Atención oportuna.
- Trato digno y amable.
- Orden y limpieza de las instalaciones.

MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El tema de la seguridad, segunda línea estratégica, amerita una reflexión particular. Miles de personas son dañadas o mueren por errores médicos (eventos adversos) cada año, incluso siendo tratadas por profesionales que trabajan duro, inteligentes y bien intencionados; sin embargo, en la actualidad los procesos de atención médica son altamente complejos y producen gran riesgo; esto requiere, como ya se ha comentado, el desarrollo de competencias no únicamente en el aspecto técnico científico, sino aquellas que refuerzan el trabajo de toda la organización para implementar medidas de seguridad, que promueven la identificación de riesgos y eviten los eventos adversos. Esta situación parece simplista y fácil de comprender, pero en la práctica cotidiana esto es difícil o complejo de asimilar y se pasa por alto, ya que constituye un nuevo paradigma en la atención médica.

Los líderes de la seguridad del paciente han descrito como una necesidad inminente que las organizaciones de salud realicen una estrategia mayor a favor de la prevención, mientras reconocen la importancia de transformar la cultura tradicional.

Con este fin, los programas de seguridad desarrollados incluyen como puntos principales la reducción de los eventos adversos y la actuación como un catalizador en el desarrollo de la cultura de la calidad.^{51,52}

Esta línea estratégica está dirigida a lograr los siguientes objetivos:

- Fortalecer y consolidar el Sistema de Registro de Eventos Centinela, eventos adversos y cuasifallas, VENCER II.
- Estandarizar e implementar buenas prácticas para controlar de manera eficiente los problemas de salud de mayor impacto.

En nuestra institución, a más de dos años de haber implementado el sistema VENCER II, los resultados han sido muy prometedores. En todos los hospitales

se ha arraigado la cultura del registro, pero se debe fortalecer el análisis de la causa para implementar de manera proactiva las acciones preventivas. También se han detectado áreas de oportunidad, por lo que está en proceso la adecuación, además diseñar e incluir el correspondiente a las unidades de primer nivel de atención.

En relación con las buenas prácticas, en el primer nivel de atención se pondrá especial interés en el síndrome metabólico, que incluye las principales patologías crónico-degenerativas: diabetes mellitus, hipertensión y obesidad. El enfoque será eminentemente prevencionista; se trabajará de manera paralela, por un lado, en el control adecuado de los pacientes ya enfermos y, por el otro, en las acciones de detección de la población con riesgos, implementación de campañas masivas e intensivas para los derechohabientes para educación y cambio de hábitos que reduzcan o retrasen las posibilidades de adquirir dichas patologías. El autocuidado del paciente en su casa es una de las principales estrategias que se deberán complementar con acciones de telemedicina por medio de dispositivos con los que cuenta la mayoría de la población. Para ello deberá adecuarse y fortalecer el programa DiabetIMSS. También se trabajará sobre la detección y el tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino y mamario.

En el ámbito hospitalario se ha considerado estandarizar e implementar buenas prácticas, las cuales han demostrado su eficacia a nivel internacional y sus buenos resultados están probados, adicionando otras acciones seguras identificadas como indispensables en nuestra institución. Su implementación será progresiva, con monitoreo y evaluación permanentes.

Prevenir y reducir las infecciones nosocomiales:

- *Bundles* (paquete de medidas) para la reducción de las infecciones asociadas a catéter central.
- *Bundles* para la reducción de neumonías por ventilación asistida.⁵³
- Conjunto de acciones seguras para evitar la infección del sitio quirúrgico.
- Programa efectivo de higiene de manos.

Disminuir los principales eventos adversos:

- Lista de verificación quirúrgica.
- Reducción de caídas.
- Reducción de úlceras por presión.

Reducir la mortalidad materna:

- Mortalidad materna.

Los *bundles*, constituidos por un paquete de medidas de seguridad han demostrado que reducen significativamente algunos eventos adversos. Por ejemplo, en el

caso del *bundle* para la reducción de neumonías por ventilación asistida las recomendaciones incluyen las siguientes:

- Elevación de la cabecera a 30°.
- Higiene bucal cada dos horas.
- Interrupción de la sedación cada 24 h.
- Evaluaciones de destete repetidas.
- Profilaxis de úlcera péptica.
- Profilaxis de trombosis venosa profunda.

Nuestra propuesta, además de implementar estas acciones a través de una lista de verificación que garantice su realización, consiste en adicionar otras acciones seguras, a las que hemos llamado conjunto de acciones seguras (CAS), sustentadas en las evidencias internacionales y después de haber identificado áreas de oportunidad en la auditoría de proceso.

Para los eventos adversos existen medidas de barrera, que implementadas también reducen de manera significativa su ocurrencia. La identificación de riesgo de caída y la implementación de medidas preventivas aplicadas de forma sistemática mejorarán los resultados.

Finalmente, en el IMSS se ha reducido de manera importante la mortalidad materna (26%) a través de la conformación de equipos de respuesta inmediata, el análisis de los casos y la retroalimentación correspondiente, pero aún falta reforzar las acciones desde el primer nivel para identificar los riesgos y prevenir el desarrollo de alguna complicación. Todo esto tiene el fin de dar cumplimiento al objetivo del milenio para reducir la tasa a 22%.

Cabe destacar que para el logro de los objetivos es imprescindible el trabajo conjunto. Con este propósito se ha considerado la integración de equipos multidisciplinarios de todas las áreas normativas —de atención médica, salud pública, educación e investigación— y las que participan en el proceso de supervisión-evaluación en los diferentes niveles de la organización, a fin de caminar en una dirección y potenciar los esfuerzos. Un área importante es la Coordinación de Control Técnico de Insumos, encargada de instrumentar líneas estratégicas respecto a la verificación de la calidad de los insumos para la salud adquiridos por el Instituto.

MECANISMOS DE ASEGURAMIENTO

- Auditoría de procesos.
- Medición de indicadores.
- Proceso de certificación. Mantenimiento y preparación.

La auditoría de procesos se revisa paso por paso para garantizar la calidad del producto y tener cero fallas, evitando el desperdicio y el desgaste de energía del personal. En la atención médica es posible desarrollar esta técnica; la metodología rastreadora permite identificar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad al seguir las acciones realizadas en todos los servicios por los que es atendido; en el caso de la auditoría de procesos permite diseccionar cada uno de los pasos e identificar las acciones que se deben fortalecer o corregir a través de la identificación de riesgos mejorar la calidad y seguridad. Esta herramienta se puede aplicar en los procesos clínicos administrativos y financieros, promoviendo su eficiencia y garantizando su mejora.

Es indispensable contar con indicadores que permitan evaluar los avances del programa. Uno de los objetivos centrales de la presente administración es contar con indicadores sectoriales que permitan homologar la calidad y seguridad del paciente. En nuestra institución los indicadores con mayor ponderación serán los que midan el cumplimiento de las líneas estratégicas anteriormente descritas (en primer nivel y en el ámbito hospitalario).

Las estrategias para la seguridad de paciente, como la de aseguramiento, se realizarán de forma secuencial con un criterio de priorización, por lo que las primeras acciones estarán enfocadas tanto en el control de las enfermedades crónico-degenerativas de mayor frecuencia e impacto en primer nivel de atención, como en la reducción de las infecciones nosocomiales, que es un problema importante en segundo y tercer niveles de atención. En el primer caso las acciones están alineadas al Modelo de Medicina de Familiar, para incrementar su capacidad resolutoria, fortalecer el enfoque preventivo y mejorar la eficiencia de los procesos. En el segundo se enfocan en el Proyecto Estratégico para Prevenir y Reducir las Infecciones Nosocomiales, el cual integrará diferentes áreas normativas para un trabajo conjunto, entre las cuales se incluyen COCTI. Finalmente, de manera secuencial se focalizarán en los problemas de salud prioritarios, para establecer las estrategias correspondientes.

El proceso de certificación promueve el cumplimiento de estándares homologados internacionalmente. Para el reconocimiento del Consejo de Salubridad General algunas de nuestras unidades deberán reforzar sus acciones y prepararse para su recertificación, mientras que las unidades que están en preparación deberán completar las acciones y trabajar día a día para cambiar paradigmas y privilegiar la seguridad del paciente.

Como ha quedado manifestado, a lo largo de siete décadas se han realizado esfuerzos importantes por mejorar la calidad; en los últimos años hemos trabajado en la seguridad del paciente para reducir los eventos adversos, pues no sólo es difícil su decremento, sino que incluso en la literatura se demuestra un aumento.⁵⁴

La combinación de complejidad, fragmentación de los procesos de atención médica e individualismo tradicional son las barreras más fuertes. Contar con bue-

nos profesionales no es suficiente; se requiere un liderazgo cuyo reto es transformar y crear redes que integren a los líderes o alianzas entre las unidades médicas, para potenciar los efectos con una visión conjunta. Es de vital importancia crear los mecanismos e instancias para lograr una participación activa de los pacientes y familiares, y para el personal un sistema de incentivos que no represente carga financiera para la institución, pero sí un mecanismo que favorezca este proceso, situación que ya ha sido probada en otros países. El propósito del Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente ha sido diseñado para obtener resultados a corto, mediano y largo plazos con impacto real en la salud de los pacientes, y favorecer la sustentabilidad financiera de la institución.

REFERENCIAS

1. Seguridad del paciente. <http://www.who.int/patientsafety/es/>.
2. Performance on quality indicators. <http://www.who.int/mediacentre/news/2044/pr76/es/5>.
3. IOM Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative. <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>.
4. Lee RI, Jones LW: *The fundamentals of good medical care*. Fragmento de la introducción. Chicago, The University of Chicago Press, 1933.
5. El concepto de buena atención médica. *Salud Pùb Mèx* 1990;32(2):245–247.
6. Calidad de atención médica. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-02.pdf>.
7. Aguirre GH: Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las Unidades Médicas. *Salud Pùb Mèx* 1990;32(2):170–180.
8. Fajardo DG, Meljem MJ *et al.*: Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Rev CONAMED* 2012;17(1):30–43.
9. Aguirre GH: Evaluación de la calidad de la atención médica, ¿una tarea para médicos? *Cir Ciruj* 2007;7(Supl):149–150.
10. Ruíz de Chávez M, Martínez NG, Calvo RJM, Aguirre GH *et al.*: Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. *Salud Pùb Mèx* 1990;32(2):156–169.
11. Avedis Donabedian FJ: 1919–2000 *In memoriam*. *Salud Pùb Mèx* 2000;42(6).
12. La calidad de la atención. http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_La-CalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf.
13. Lorenzo S: Estructura, proceso y resultado en la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:SIO.
14. Ruelas BE: Transiciones indispensables de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Pùb* 1990;32(2):108–109.
15. Ruelas BE, Reyes ZH *et al.*: Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pùb* 1990;32(2):207–220.
16. Ruelas BE, Vidal LM: La unidad de garantía de calidad como estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención. *Salud Pùb* 1990;32(2):225–231.
17. Ruelas BE: Calidad, productividad y costo. *Salud Pùb* 1993;35(3):298–304.
18. Rosenthal MM, Sutcliffe KM: *Medial error. What do we know? What do we do?* The University Michigan Forum on Health Policy. 2002

19. **Merry A, McCall SA:** *Errors, medicine and law*. The University of Cambridge, 2001.
20. Secretaría General de Sanidad: *Estrategias en seguridad del paciente*. España, 2005.
21. **Hurwitz B, Sheikh A:** *Health care errors and patient safety*. BMJ Books, 2009.
22. **González PE, Gutiérrez DC, Stevens G et al.:** Definiciones y prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud en México. *Salud Pùb Mèx* 2007;49(1):S37–S52.
23. *Acreditación y garantía de calidad*. <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/acred.html>.
24. **Ruelas E, Poblano O:** *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*. 2ª ed. 2007.
25. **Mainz J:** Quality indicators: essential for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2004;16(Suppl 1):11–12.
26. **Meyer BC, Bishop DS:** Florence Nightingale: nineteenth century apostle of quality. *J Manag History* 2007;13(3):240–254.
27. Calidad de atención médica. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-02.pdf>.
28. **Brand RA:** Ernest Amory Codman, MD, 1869–1940. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467(11):2763–2765.
29. *Pioneros de la acreditación, Flexner y Codman*. <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/FlexnerCodman.pdf>.
30. **Donahue KT, van Ostenberg P:** Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Health Care* 2000;12(3):243–246.
31. Consejo de Salubridad General: *Estándares para la certificación de hospitales*. 2012–
32. Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *Diario Oficial de la Federación*, 20 de septiembre de 2002.
33. **Ruelas BE:** El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México. *Rev CO-NAMED* 2009;14:5–7.
34. Secretaría de Salud: *Programa de Acción Específico Sistema Integral de Calidad en Salud 2007–2012*. México, 2012.
35. Programa Nacional de Salud 2001–2006. http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf.
36. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-naconal.htm.
37. **Ruelas BE:** *La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; una estrategia de gran escalada. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*. Secretaría de Salud, 2012:15–34.
38. *Programa de acción específica 2007–2012, Sistema Integral de Calidad en Salud: Sí Calidad 2007–2012*. 1ª ed. Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA.
39. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud para el ejercicio 2013. *Diario Oficial de la Federación*, 27 de febrero de 2013.
40. Instituto Mexicano del Seguro Social: *La administración de la calidad*. 2012.
41. *Sistema VENCER II, Sistema de vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas*. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.
42. **Rekleiti M, Kyloudis P, Toska A, Saridi M:** Patient safety and healthcare quality. *Int J Caring Sci* 2012;5(2):74–79.
43. Agency for Healthcare Research and Quality: *30 safe practices for improving patient safety*. The National Forum. Safe practices for better healthcare. 2003.
44. Agency for Healthcare Research and Quality. Fact Sheet. *30 safe practices for improving*

- patient safety. 2005.
45. **Roqueta F, Tomás S, Chanovas M:** Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias* 2011;23:356–364.
46. **Helling J, Schooten W, Klazinga NS, Vleugels A:** Improving patient safety culture. *Int J Healthcare Quality Assurance* 2010;23(5):489–506.
47. **Goeschel C, Weiss W, Pronovost P:** Using a logic model to design and evaluate quality and patient safety improvement programs. *Int J Qual Health Care* 2012;24(2):330–337.
48. **Okuyama A, Martowirono K, Bijnen B:** Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Qual Safe* 2011;29:991–1000.
49. **Murphy D, Hancchett M, Olmsted RN, Farber MR et al.:** Competency in infection prevention: a conceptual approach to guide current and future practice. *AJ Infection Control* 2012;40:296–303.
50. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohabientes usuarios de Servicios Médicos en Primer y Segundo Nivel de Atención del IMSS*. México, IMSS, 2010.
51. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010–2011*. <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20102011/informe2011web.pdf>.
52. **Frush KS:** Fundamentals of a patient safety program. *Pediatr Radiol* 2008;38(Suppl 4): S685–S689.
53. **Sallie WM, Lubomiksi LH, Willson R et al.:** Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Ann Intern Med* 2013;158(5):369–374.
54. **Shekelle P, Pronovost P, Wachter RO, McDonald M, Schoelles K et al.:** The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Int Med* 2013;158(5):365–368.
55. **Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC et al.:** Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care* 2013;22:290–298 .

Medicina asertiva para mejorar la calidad de la atención

Carlos Tena Tamayo

Hace casi 25 años, para ingresar a la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura, el Dr. Eduardo Césarman, presentó una disertación titulada *Ser médico*,¹ que comenzaba con la pregunta, ¿volvería a ser médico?, a lo que respondía “sí, si las cosas fueran como hace medio siglo y un sí ambiguo, hasta pusilánime, si el ejercicio de la medicina fuera lo que es en la actualidad.”

La respuesta del Dr. Césarman estaba influida por los cambios que ocurrían en la práctica de la medicina, la cual, dicho por él mismo, “tenía más recursos pero se había burocratizado o mercantilizado en exceso, se había vuelto rígida y rutinaria, más costosa e inaccesible. Los médicos se habían convertido en profesionistas más tecnócratas y menos científicos, y por ello estaban menos dispuestos a admitir errores de juicio o a cambiar de opinión.

“Los pacientes se habían vuelto más exigentes y pedían ser examinados por máquinas sofisticadas. Los que vendían los servicios médicos buscaban las mayores ganancias y los que compraban que se gastara menos.”

La relación médico-paciente se había deteriorado, incluso la opinión extrema del Dr. Césarman era que ya no existía, pues además de que “se había fragmentado la atención con tanto especialista, también se había cambiado la confianza hacia los aparatos de diagnóstico o tratamiento”.

En esa época advertía que “atender enfermos se había vuelto cada vez más problemático, que con el incremento de los costos había más reclamos e inconformidades y auguraba que pronto se estarían importando las demandas contra los médicos”.

Acerca de ese posible escenario, el doctor Ignacio Chávez² en uno de sus discursos lanzó, hace más de 30 años, una advertencia: “Sobre nosotros (los médicos) caen en los últimos tiempos acusaciones de toda índole. Quejas amargas. Se quejan del poco interés humano que advierten en el médico; de su arrogancia en el trato con ellos; de su negativa a darles explicaciones o siquiera un consejo; del aire de estar siempre de prisa; del alto precio de los servicios médicos, que no están, según ellos, en consonancia con lo poco que reciben. Un grado más y la queja se vuelve acusación, cuando hablan del afán de lucro”.

Hoy somos testigos de que los cambios en la práctica médica relatados por los doctores Césarman y Chávez hace más de un cuarto de siglo han ocasionado que la queja se convierta, con cierta frecuencia, no sólo en una acusación sino en una demanda y en ocasiones denuncia, incluso penal contra el médico o la institución de salud, debido a los malos resultados, los cuales, de acuerdo con el paciente o sus familiares, ocurren muchas veces por culpa del médico. Es usual que algunos factores que inciden en los resultados no esperados no sean conocidos por los enfermos o sus allegados, por ejemplo, los relacionados con la idiosincrasia del paciente o la historia natural de la enfermedad, el deficiente autocuidado, el no seguimiento puntual de las indicaciones o los riesgos inherentes de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos utilizados.

El estudio de los casos de inconformidad revela que en la mayoría de las ocasiones (73%) no existe evidencia de mala práctica,³ sino razones ajenas a una falta de cuidado o capacidad del médico; sin embargo, en muchos de los casos donde se identifican malos resultados se reconoce que ha fallado la capacidad de comunicación entre el médico y el paciente, a éste se le ha dado mal trato, no se establecieron los alcances del tratamiento, no se informó sobre los riesgos del mismo o se minimizó la importancia de establecer una adecuada comunicación para aclarar cualquier duda del paciente o su familiar.

La participación activa del paciente o su familia en la toma de decisiones para aceptar o no un tratamiento es un derecho que no se puede dejar de lado; ese derecho lo debe ejercer una vez que recibe por parte de su médico tratante la información clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención.⁴

Ante el escaso arsenal terapéutico que tenía el médico de antaño no era poco común que con el solo conocimiento clínico de su paciente considerara ciertos tratamientos empíricos que en sus observaciones habían ayudado a otras personas enfermas.

En la actualidad el médico sólo debe ejercer una medicina que esté basada en la evidencia científica o en una recomendación aceptada por los pares para tratar al paciente de alguna enfermedad. Tratar de innovar fuera de un protocolo formal de investigación, sin el aval un comité de ética, es hoy en día un acto de irresponsabilidad y censura.

Por su parte, el médico está en su derecho de ejercer con libertad y sin presiones su profesión; al final él es el responsable de los resultados de su actuación en la atención al paciente, pero también tiene la obligación de mantenerse actualizado para conocer los adelantos de la ciencia en beneficio de sus pacientes.

MEDICINA DEFENSIVA

Ante la presencia del incremento de demandas contra el médico una de las opciones que han considerado algunos médicos es ejercer una medicina defensiva con la intención tratar de justificar su actuación cuando se presente la inconformidad por los resultados de la atención otorgada.⁵

Con la práctica de la medicina defensiva el médico recurre a la utilización de pruebas, procedimientos o tratamientos con el objetivo de protegerse de la crítica o para proveerse de pruebas para una posible defensa en caso de demanda, todo ello por encima de las verdaderas necesidades del paciente.⁶

La práctica de la medicina defensiva es considerada no profesional desde los puntos de vista de la ética y la ley, pero además deteriora la relación entre el médico y el paciente al generar desconfianza e incrementar los costos de la atención. En la mayoría de los casos no contribuye a justificar la mala actuación del médico, sobre todo cuando se comprueba negligencia o impericia por parte del profesional de la salud que otorgó la atención. El ejercicio de la medicina defensiva puede llevar a la exigencia de la reparación del daño, aunque a veces sólo sea económico, por la realización de acciones no justificadas.

El costo de la medicina defensiva puede llegar a ser muy alto debido al exceso de exámenes de laboratorio o gabinete, de procedimientos clínicos o diagnósticos innecesarios, de citas frecuentes y de la contratación de seguros de responsabilidad profesional. Se ha publicado que en EUA llega a representar 20% del costo de la atención médica⁷ y que este tipo de medicina la ejercen hasta 98% de los médicos de dicho país. En 2005 en México 61.3% de los encuestados la practicaban en algún grado.⁵

MEDICINA ASERTIVA

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, la palabra asertivo, que proviene de la palabra latina *assertus*, significa “el que afirma con certeza algo”. Si la enfocamos a la práctica médica podemos decir que la asertividad es un modelo de relación interpersonal que consiste en conocer los propios derechos

y exigir su respeto, al tiempo que se respetan los de los demás. Se basa en la comunicación y el respeto mutuo.

Si partimos del diagnóstico que el Dr. Césarman hizo en *Ser médico*, debemos plantear qué hacer ante el panorama de la práctica de la medicina actual, aceptando que ya no es posible regresarla a como era a mediados del siglo pasado. Se han considerado una serie de actitudes que a manera de sugerencias se han proporcionado al gremio médico. Se propone que en lugar de medicina defensiva se ejerza una medicina asertiva,⁹ la cual se puede concretar con la práctica de la profesión basada en:

1. Una buena comunicación entre médico y paciente.
2. El conocimiento científico.
3. El respeto a los derechos del paciente.
4. El respeto que se debe otorgar a los derechos del propio médico.

Hay que advertir que el paternalismo médico, entendido como la toma de decisiones por parte del facultativo sin consultar la opinión del paciente, resulta anacrónico hoy en día; sin embargo, el interés genuino del médico por su paciente, el acompañamiento y el consuelo que pueda otorgarle cuando está al final de la vida se debe mantener siempre. Ese es el humanismo médico que nunca debe perderse.

COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Como se ha planteado, para ejercer la medicina asertiva es necesario que el médico conozca algunas técnicas para que la comunicación con su paciente o la familia sea asertiva. Es lamentable que este tipo de entrenamiento pocas veces se otorga durante la formación universitaria o en el posgrado, por lo que es necesario, mientras se incluye una materia formal de comunicación humana en la relación médico-paciente en todas las escuelas o facultades de medicina, que se propicien cursos que le permitan al médico adecuar su discurso y forma de comunicación a nivel intelectual, social y cultural del paciente, para lograr la comprensión de lo que quiere transmitir, con ello además habrá mayor posibilidad de éxito en el tratamiento, pues cuando la comunicación logra ser efectiva mejora por parte del paciente el apego al tratamiento y a las recomendaciones que se le otorgan y además se evitan los malos entendidos.⁹

Cuando el médico tiene una comunicación directa, adecuada y franca se puede comunicar con toda clase de personas y no presenta temores en su comportamiento; entonces es un médico con comportamiento asertivo. Si se reconoce que el médico aprende alrededor de 13 000 palabras nuevas en su formación, esa es la

distancia de léxico con la mayoría de sus pacientes, pero aunque él tenga un vasto vocabulario técnico-médico el paciente le lleva ventaja porque él es quien tiene la experiencia de su enfermedad, sabe lo que siente, por que debe tener la oportunidad de expresarse con amplitud.⁹

Para establecer una buena comunicación con el paciente se debe mostrar empatía, es decir, ponerse en su lugar; para eso ayuda llamarlo por su nombre propio, ejercer la escucha activa y mirar al paciente, así como mostrarse interesado y respetuoso por sus sentimientos y valores. Hay estudios que demuestran que el médico interrumpe al paciente cada 18 seg, cuando lo conveniente es permitir que el paciente o su familiar determinen el rumbo de la conversación, la cual debe ser conducida por el médico.⁹

Se ha identificado que los pacientes olvidan la mitad de los que se les dijo al minuto de salir del consultorio, por eso es importante asegurarse de que el paciente o su familiar comprendieron lo explicado, para ello es de utilidad reforzar de manera repetida la información proporcionada y explorar con preguntas directas lo que el paciente interpreta acerca de su enfermedad y la forma de atenderla.

Uno de los momentos difíciles en la relación médico-paciente es cuando se tienen que dar malas noticias, las cuales deben ser comunicadas de manera respetuosa, con la certeza de que lo que se dice sea veraz y con el tacto necesario para amortiguar el impacto de la noticia. Dado que una mala noticia puede definir el antes y después en la vida de una persona, se debe utilizar el tiempo necesario para hacerlo, sobre todo cuando después de ello sea necesario tomar decisiones importantes.

Algunos estudios han mostrado que bastan menos de cuatro minutos dedicados a utilizar herramientas de comunicación para orientar, tranquilizar, informar o generar confianza a través de actitudes empáticas, amables y solidarias, para disminuir la probabilidad de inconformidades.

DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

Otro principio de la medicina asertiva es el respeto a los derechos de los pacientes. A partir de 2001 se comenzó a difundir en nuestro país un decálogo de derechos generales de los pacientes,¹¹ que fue consensuado entre las instituciones del Sector Salud, y en acuerdo del Consejo de Salubridad General se determinó que debían ser difundidos para su debida observancia por los profesionales de la salud y las instituciones que otorgan los servicios de atención médica. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) participó en su elaboración y desde entonces los adoptó. Se han difundido en su revista¹² y unidades médicas. Los derechos de los pacientes son:

1. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se la otorgue personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
2. El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan la atención médica se identifiquen y le otorguen trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de sexo, de pudor y con su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
3. El paciente, o el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea esta información siempre veraz y ajustada a la realidad.
4. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
5. El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, en los beneficios que se esperan y en las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en caso de donación de órganos.
6. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico a informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
7. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
8. El paciente tiene derecho a recibir por parte de un médico atención de urgencia cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir la normativa aplicable y, cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.
10. El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Con esta difusión se ha exigido por parte de los pacientes el respeto a sus derechos y también los médicos están más conscientes de la obligación que tienen de respetarlos. En una comunicación reciente¹³ se demuestra que hay una mayor observancia a los derechos de los pacientes, sobre todo en el respeto a la autonomía y las decisiones libres tomadas por los pacientes. Atender este decálogo facilita que la relación médico-paciente sea adecuada, pues el paciente se percató del interés del médico para otorgarle una atención centrada en sus necesidades.

DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

Para elaborar la carta de los derechos generales de los médicos, al igual que en la de los pacientes, se logró la participación de médicos de instituciones públicas, privadas, sociedades, colegios, academias, consejos, universidades y líderes de opinión. El tercer principio para ejercer una medicina asertiva es el respeto a los derechos de los médicos,¹⁴ que son los siguientes:

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza. El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión a declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.
2. El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medias de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar.
3. Es un derecho del médico recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal de apoyo idóneo, equipo, instrumentos e insumos necesarios de acuerdo con el servicio que va a otorgar.
4. El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.

5. El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares un trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo profesional y terceros pagadores.
6. El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.
7. El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.
8. El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional de conformidad con lo prescrito en la ley.
9. El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad y, en su caso, a pretender el resarcimiento del daño causado. La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.
10. El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo con su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

APEGO A LA NORMATIVIDAD Y A LA *LEX ARTIS* MÉDICA

El otro principio que permite practicar una medicina asertiva es que el médico sólo haga lo que le está permitido hacer, lo que sabe hacer y para lo cual fue entrenado de manera formal. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a partir de la evidencia y estudio de las consecuencias por errores médicos que fueron motivo de demanda, emitió algunas recomendaciones para coadyuvar en la prevención de dichos errores, por ejemplo, al tener evidencia de la amputación accidental de un dedo en un niño recién nacido, ocasionado por el procedimiento y tipo de tijera que usaba la enfermera para retirar la tela adhesiva que fijaba la venoclisis, emitió con la participación de enfermeras expertas recomendaciones específicas sobre el proceso de terapia endovenosa.¹⁵ Al documentarse errores en otros campos de la medicina se realizaron otras recomendaciones; así, las hay para mejorar la atención médica prenatal,¹⁶ en ortopedia,¹⁷ en urgencias pediátricas,¹⁸ en pacientes con dolor torácico,¹⁹ para prevenir caídas de pacientes en el hospital,²⁰ etc.

También se han publicado recomendaciones dirigidas a los pacientes para mejorar la relación con su médico durante la consulta.²⁰ Para ser más concretos en la manera en que se puede mejorar la práctica de la medicina se emitieron en 2001 siete recomendaciones que pretendieron ser objetivas:²²

1. Mantener una relación respetuosa con el paciente y su familia:
 - Identificarse con el paciente y su familia.
 - Evitar malos tratos.
 - No demorar injustificadamente la atención.
 - No discriminar por ninguna razón al paciente.
 - Hablar con lenguaje entendible.
 - Ser tolerante, paciente y escuchar al paciente y a su familia.
 - Mantener la confidencialidad.
 - Ser claro, no confundir al paciente en cuanto a su diagnóstico pronóstico y no mentirle.
2. Informar y obtener el válido consentimiento por escrito antes de realizar procedimientos con riesgos:
 - Ofrecer información clara, completa, veraz, oportuna y calificada.
 - Permitir la segunda opinión.
 - No presionar al paciente a decidir cuando no haya una urgencia real.
 - Solicitar el válido consentimiento informado (información amplia, sin coerción ante un paciente competente y capacitado para aceptar o rehusar), reportando el costo-beneficio y la utilidad diagnóstica de los estudios.
3. Elaborar un expediente clínico completo:
 - Proporcionar un resumen del expediente al paciente cuando lo solicite.
 - Por ningún motivo alterar el expediente.
 - Conservar el expediente al menos cinco años.
 - Firmar todas las notas.
4. Actuar con bases científicas y apoyo clínico:
 - Actuar según el arte médico, los conocimientos científicos y los recursos a su alcance.
 - Evitar la medicina defensiva, ya que no es ética.
 - Evitar prácticas inspiradas en la charlatanería.
 - No simular tratamientos.
 - Evitar prescribir medicamentos de composición no conocida.
5. Proceder sólo con facultad y conocimientos:
 - Sólo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida para hacerlo (título o diploma).
 - Recurrir a otro compañero cuando el caso esté fuera de su capacidad o competencia.

- No participar en prácticas delictivas, como el aborto (donde no esté legalizado), eutanasia, falsos o injustificados certificados o incapacidades médicas, retener pacientes por falta de pago y otras razones.
 - Disponer de libertad de prescripción.
 - No participar en prácticas de dicotomía.
 - Mantener una permanente actualización médica.
6. Garantizar seguridad en las instalaciones y el equipo:
- Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar atención.
 - Probar el equipo que se podrá utilizar.
 - Referir a otra unidad al paciente cuando no se le garantice seguridad en las instalaciones.
 - Informar al paciente y su familia sobre la capacidad instalada de la unidad de salud.
 - Preferir laborar, cuando sea posible, en hospitales certificados.
7. Atender a todo paciente en caso de urgencia y nunca abandonarlo:
- Atender toda urgencia calificada aunque no se demuestre derechohabencia o se carezca de recursos económicos; no hacerlo es ilícito.
 - Asegurar que la atención del paciente grave la continuará otro colega.
 - En situación de huelga, catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, no abandonar al paciente.

Es importante que todas estas recomendaciones tengan la difusión necesaria para que se tomen en cuenta y puedan contribuir a la mejora continua y a elevar la calidad de la atención médica.

Además de estas recomendaciones existen otros instrumentos que le permiten al médico conducir su actuación, como las 625 Guías de Práctica Clínica,²⁴ que han tenido gran difusión en los últimos años —el IMSS participó en el desarrollo de 405—; con ellas se busca homologar la forma de atender a los pacientes, al ser consideradas una actualización de las mejores prácticas basadas en la evidencia científica que apoyan la toma de decisiones del médico y contribuyen al mejor aprovechamiento de los recursos.

Por otro lado, existen las Normas Oficiales Mexicanas (NOM),²⁵ que son regulaciones técnicas que buscan, cuando se trata de atención médica, garantizar que los servicios que se ofrecen cumplan con parámetros o determinados procesos, con el fin de proteger la vida y la seguridad de las personas. Son de cumplimiento obligatorio. Una veintena de ellas están relacionadas con la prevención, la atención o el tratamiento de ciertos padecimientos, algunos adquiridos por consumo de productos contaminados, como cólera, leptospirosis, teniasis/cisticercosis, brucelosis o las enfermedades por deficiencia de yodo. Otras norman el tratamiento de algunas enfermedades adquiridas por contagio, como el SIDA, la ra-

bia, la lepra, las enfermedades de transmisión sexual y las transmitidas por vector. Otras más regulan la atención de la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio, así como la prevención y atención del cáncer cervicouterino, de útero y mama o durante la perimenopausia y la posmenopausia. También las hay para la atención del recién nacido, incluyendo la atención por defectos en el momento de nacer. Existen normas oficiales para la prevención, tratamiento y control de enfermedades de alta prevalencia, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad y adicciones.

Es fundamental que la difusión de las normas oficiales se realice desde la formación del médico en la universidad, ya que es una obligación del médico conocerlas y adherirse a ellas, pues si llega haber daños a la salud por no hacerlo, se consideraría mala práctica médica y responsabilidad profesional.

CONCLUSIONES

Desde hace más de 30 años se estableció que para tomar decisiones adecuadas, en el ámbito de la práctica del cuidado de la salud se deben respetar los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.²⁶ Los problemas surgen cuando dichos principios entran en conflicto; sin embargo, habrá menos riesgo de una controversia entre el médico y el paciente si se ejerce una medicina asertiva.

El quehacer del médico está enfocado en contribuir en el bienestar del paciente, para lo cual debe poner a su disposición todos los conocimientos y recursos que le propicien alivio a su enfermedad o al menos controlar las molestias que de ella se derivan. Los conocimientos y los recursos van de la mano; los primeros se deben explotar y utilizar al máximo, mantenerlos actualizados y estar dispuestos a ponerlos a disposición del paciente. Los recursos se deben utilizar en el cuidado de la salud de la persona y en el tratamiento de su enfermedad, pero al ser finitos deben ser administrados de manera razonada, pues no hacerlo puede llevar a gastos excesivos para el paciente o su familia o bien generar un dispendio en la institución, lo que evita que más pacientes puedan ser apoyados.

La eficiencia es parte de la calidad de la atención. Se debe hacer lo mejor al menor costo posible. Hacer gastar de más a un paciente también es motivo de inconformidad y en ocasiones de demanda al considerar abuso o interés lucrativo desmedido del médico que alarga una hospitalización, solicita estudios en exceso o innecesarios, o prescribe medicamentos de mayor costo habiendo otros de misma eficacia a precios más bajos.

Con el ejercicio de la medicina asertiva se pretende contribuir a mejorar la calidad de la atención médica en su dimensión técnica e interpersonal (médico-pa-

ciente); sin embargo, también es una propuesta concreta contra la medicina defensiva. Se sabe que el efecto acumulativo de tantas recomendaciones pueden llegar a confundir al médico, al considerarlas como forma de protegerse; no obstante, el principio de esta propuesta está lejos de eso; por el contrario, busca que el médico se comporte como lo que debe ser: una persona interesada por el bienestar de su paciente, sensible al sufrimiento ajeno, responsable en su permanente actualización y honesto para sólo hacer aquello que sabe realizar muy bien y para lo cual recibió capacitación.

Se pretende que las recomendaciones, las guías, las normas y los demás instrumentos coadyuven para facilitar el actuar del médico.

Hay situaciones que complican el correcto ejercicio de la profesión, como la deficiente infraestructura de las unidades de salud, la falta de insumos médicos, la inadecuada capacitación del personal de apoyo o incluso los problemas de acceso efectivo para que el paciente reciba una atención oportuna; en estas situaciones la propia institución debe responder si por dichos problemas se genera un daño al paciente.

Ejercer la medicina asertiva significa respetar los derechos de los pacientes, exigir el respeto a los derechos del médico o profesional de la salud, actuar siempre con conocimientos y tener una buena comunicación con el paciente y su familia, con lo cual se garantiza la calidad de la atención médica, se evita el ejercicio de la medicina defensiva y se obtienen mejores resultados.

REFERENCIAS

1. **Césarman E:** *Ser médico*. 2ª ed. México, Porrúa, 1998.
2. **Chávez I:** *Humanismo médico. Conferencias y discursos*. México, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México, 2003:75.
3. **Robledo GH et al.:** La queja médica; tema de análisis y reflexión actual. *Rev CONAMED* 2012;17(4):149–155.
4. *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. 3ª ed. 2012:40.
5. **Sánchez GJ et al.:** Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj* 2005;73(3):199–206.
6. **Ortega GM et al.:** Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. *Rev CONAMED* 2009;14:4–10.
7. **Studdert DM:** Defensive medicine among high-risk specialist physicians in volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293:2609–2617.
8. **Tena TC, Sánchez GJM:** *Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario*. Cap. 1. México, Alfíl, 2006:1–14.
9. **Wacher HN, Juárez DG:** En: *La comunicación en la relación médico-paciente*. 2ª ed. Cap. 15. México, Prado, 341–353.
10. **Tena TC, Sánchez JMG:** En: *La comunicación en la relación médico-paciente*. 2ª ed. Cap. 22. México, Prado, 485–502.
11. Carta de los derechos generales de los pacientes. *Rev CONAMED* 2001;9(20).

12. **Tena TC, Ruelas BE, Sánchez GJM et al.:** Derechos de los pacientes en México. *Rev Med IMSS* 2002;40(6):523–528.
13. **Casas MML, Zepeda LM:** Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público. *Rev CONAMED* 2012;17(3):120–125.
14. **Tena TC, Ruelas BE, Sánchez GJM et al.:** Derechos generales de los médicos. Experiencia mexicana. Para su determinación y difusión. *Rev Med IMSS* 2003;41(6):503–508.
15. **Ochoa V, Arroyo de C:** Recomendaciones específicas para enfermería obre el proceso de terapia endovenosa. *Rev CONAMED* 2004;9:71–81.
16. **Campos CEM et al.:** Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en el diagnóstico prenatal. *Rev CONAMED* 2004;9:5–33.
17. **Rosiles EJA et al.:** Recomendaciones generales para mejorar la práctica de la ortopedia. *Rev CONAMED* 2004;9:34–70.
18. Recomendaciones específicas para mejorar la práctica médica en urgencias pediátricas. *Rev CONAMED* 2006;11(5):6–17.
19. Recomendaciones específicas para mejorar la atención médica en pacientes con dolor torácico. *Rev CONAMED* 2006;11(5):27–40.
20. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. *Rev CONAMED* 2006;11(5):18–26.
21. Recomendaciones generales dirigidas a los pacientes para mejorar la relación con su médico durante la consulta. *Rev CONAMED* 2007;12(3):26–29.
22. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. *Rev CONAMED* 2001;5(18):14–15.
23. **Tena TC, Sánchez GJM:** Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Méx* 2005;73:553–559.
24. *Guías de Práctica Clínica.* www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/ManualConsultaGPCInternet2010.pdf.
25. *Normas Oficiales Mexicanas.* www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html.
26. **Beauchamp T, Childress J:** *Principles of biomedical ethics.* Nueva York, Oxford University Press, 1979.

Registro de eventos adversos clave en la seguridad del paciente

*Lilia Cote Estrada, Sara Gutiérrez Dorantes,
Fernando Ricardo García Cruz*

En los últimos 200 años la medicina ha cambiado drásticamente; la naturaleza de la salud y la enfermedad ha sido alterada en forma decisiva; el dolor ha sido controlado con analgesia y anestesia; las enfermedades infecciosas han sido tratadas mediante la combinación de medicamentos y mejores sistemas de salud pública; ha mejorado la comprensión de la fisiopatología; y se cuenta con una avanzada tecnología; sin embargo, estos avances han modificado la atención médica, haciéndola más compleja y de mayor riesgo.

En la actualidad el proceso de atención médica se ha vuelto muy complicado por las características de la población, la patología preponderante, los procedimientos invasivos y las nuevas tecnologías. Es inminente la producción de riesgos, por lo que es importante identificarlos para evitar que dañen al paciente.

El reto es lograr que los procesos y sistemas interactúen e influyan en la implementación de medidas de seguridad para reducir los riesgos y, con ello, los eventos adversos y el daño que se pueda generar a los pacientes. El reciente descubrimiento de la epidemiología del error médico como causa importante de la morbilidad ha sido relevante en la práctica médica; el reconocimiento de su existencia constituye el primer paso para diseñar acciones seguras y hacer prevenibles los eventos adversos.

El factor humano del error ha sido ampliamente estudiado en el tráfico aéreo y en otras industrias altamente riesgosas; en contraste, en la atención hospitalaria casi había pasado inadvertido. En recientes revisiones se ha concluido que para reducir la incidencia de eventos se requiere identificarlos, analizar sus causas y desarrollar métodos que prevengan los errores para reducir sus efectos.

El error puede ser incurable, pero puede ser prevenible.²

La implementación de la cultura de la seguridad es la meta central; uno de sus pilares es el reporte de eventos adversos, condición limitada cuando las organizaciones son rígidas con políticas que sancionan a los profesionales de la salud, al considerar las fallas como un problema individual antes de pensar que son producto del sistema. En un estudio se demostró que sólo 44% de los proveedores de salud consideraron no tener acciones punitivas; el resto pertenecen a organizaciones con una cultura jerárquica especialmente resistente a una cultura transformacional. De aquí se desprende la recomendación de establecer políticas que soporten el reporte de errores y penalicen la intimidación al reporte, además de proteger los datos y su confidencialidad.³

La mejor manera de trabajar en la reducción de los eventos adversos implica la implementación de una cultura de seguridad, pues a través de ella existe participación activa de todos los miembros de la organización dirigida a la protección de los pacientes. Otro elemento de gran importancia lo constituyen los sistemas de registro, instrumento para la recolección de datos, y las sobreprácticas producidas en la atención médica, que puedan suponer un problema real o potencial para la seguridad del paciente.⁴⁻⁶

La cultura de seguridad del paciente ha sido considerada como la primera de las mejores prácticas.⁷ Resulta esencial en la mejoría de la seguridad del paciente, pues cubre un margen amplio de elementos, desde la comunicación efectiva hasta la responsabilidad del trabajo en equipo y la toma de acciones para prevenir. El trabajo en equipo y el aprendizaje de los errores son factores clave.⁸

Hay que cambiar la cultura tradicional, que es punitiva, o la cultura de la culpa para transitar a una cultura de la seguridad, en la que los profesionales actúan responsablemente para evitar las complicaciones o daño al paciente.

Estos principios se describen con mayor precisión en el modelo de la cultura justa, la cual describe tres escenarios; el comportamiento de los clínicos en el momento de un evento adverso se puede catalogar como un simple error, acciones con toma de riesgo y conducta negligente.

En el primer caso el error puede estar generado por un entorno caótico, con muchas distracciones. La respuesta apropiada de acuerdo con la cultura justa es apoyar al individuo y cambiar el sistema para facilitar las cosas, y puedan realizarse de forma correcta.

En el segundo escenario se realizan acciones de riesgo, como administrar un medicamento en el servicio de urgencias, identificando al paciente únicamente por el número de cuarto o de cama; ante esta situación es muy probable el error. En este supuesto, lo que se requiere es capacitar e implantar medidas de seguridad, transitar a una cultura de responsabilidad y ser una organización que aprende, por lo que es importante mejorar la comunicación y el trabajo en equipo; las fallas de comunicación son las causas más comunes de eventos centinela reporta-

dos por la *Joint Commission*. El único caso que amerita sanción es cuando existe una conducta negligente.⁹

Los sistemas de registro por sí mismos no tienen el impacto deseado hasta que se realiza el análisis de causa-raíz de los eventos y se implementan las acciones que evitan su recurrencia. El primer objetivo es la notificación para aprender de las experiencias y contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo. Un proceso de notificación favorece la mejora y la implementación de acciones seguras para los pacientes en diferentes sentidos: alertando de nuevos riesgos, compartiendo la información sobre nuevos métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad. El análisis de los datos permite revelar tendencias y riesgos que requieren atención y también identificar y recomendar “buenas prácticas”.

A diferencia de la industria de la aviación, en las instituciones sanitarias no existe una tradición de sistemas estructurados que permitan la notificación de los errores y los eventos adversos. En este punto, países como EUA, Canadá, Australia, Reino Unido y otros han establecido como prioridad el incremento de la seguridad en sus sistemas sanitarios, la creación de sistemas de registro y la notificación de eventos adversos.

En el cuadro 3-1 se enuncian algunos sistemas en industrias no médicas, los cuales han servido como modelos para los que actualmente se utilizan en las instituciones de salud.

Cuadro 3-1.

Industria	Sistema de notificación
Aviación	Aviation Safety Reporting System (ASRS)
	Aviation Safety Airways Program (ASAP)
	Air Altitude Awareness Program
	Canadian Aviation Safety Reporting System (CASRS)
	British Airways Safety Information System (BASIS)
	Air Safety Report (ASR)
	Confidential Human Factors Reporting Program (CHFRP)
	Special Event Search and Masters Analysis (SESMA)
	Human Factors Failure Analysis Classification System (HFACS)
	Israeli Air Force Near-Miss Reporting System
Petroquímica	National Aeronautics and Space Administration (NASA) Safety Reporting System
Nuclear	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
	Licensing Event Reports (LER)
	Human Performance Information Systems (HPIS)
	Human Factors Information Systems (HFIS)
	Nuclear Regulatory Commission Allegations System Process (NRCAS)
	Diagnostic Misadministration Reports Regulatory Information Distribution System

Cuadro 3-2.

Nombre del sistema	País	Año de su creación	Características
Sentinel Event Reporting Program (JCAHO)	EUA	1996	Documentar, evaluar y prevenir los eventos adversos
Medication Error Reporting	EUA	1975	Concentrar información de los eventos relacionados con medicación hospitalaria, precursor de MedMARx
MedMARx	EUA	1998	Notificar y prevenir eventos adversos en medicación
Patient Safety Reporting System	EUA	2000	Notificación de eventos orientados a la mejora de la calidad
Australian Incident Monitoring System	Australia	1993	Sistema electrónico de notificación en formato web que concentra eventos adversos e incidentes potenciales (no por medicación); recopila, clasifica y analiza
National Reporting & Learning System. National Patient Safety Agency	Reino Unido	2005	Registro de eventos adversos e incidentes para aprender. Anónimo confidencial

Bajo los preceptos de estos sistemas han sido construidos los sistemas de reporte y registro del área médica, a continuación se mencionan algunos representativos y a partir de los cuales, se han desarrollado los que actualmente están vigentes (cuadro 3-2).

En otros países, como España, Suiza, Suecia y Holanda, cuentan con sistemas de reporte con características específicas; sin embargo, su objetivo es constante: identificar la problemática y reducir los eventos adversos.¹⁰

En los estudios realizados por Heinrich, pionero de la salud ocupacional y la seguridad, se indica una razón aproximada de un evento adverso grave (centinella) por cada 30 eventos adversos leves y por cada 300 incidentes sin daño *near misses* (cuasifallas) (figura 3-1).

Desde el reporte “Error es humano” una recomendación prioritaria consistió en implementar el reporte de eventos adversos; ahora, a 13 años de distancia, es imprescindible medir los EA de manera permanente, pues hay estudios que demuestran no sólo la persistencia del problema, sino su incremento.¹¹

Los programas deben tener las siguientes características: incrementar la cultura de la seguridad, desarrollar constantemente la conciencia de que los errores pueden suceder, promover su atención y establecer medidas de seguridad para interceptar los errores y prevenir el daño a los pacientes bajo las siguientes premisas:

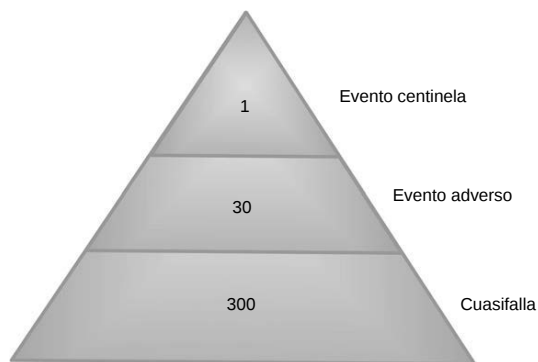


Figura 3-1.

- Identificar, documentar, analizar y prevenir riesgos y debilidades del sistema.
- Aprender de las experiencias.
- Promover buenas prácticas.
- Contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo.

El reporte de eventos adversos no ha sido exitoso en la mayor parte de los casos, lo cual se debe, en parte, a que han sido utilizados con fines punitivos o a que se ha confundido el propósito fundamental con la obligatoriedad de los profesionales de las instituciones de salud para realizar un registro. Los errores en la atención médica pueden ser identificados mediante diferentes mecanismos; uno de ellos a través de los comités hospitalarios de morbilidad y mortalidad, de infecciones, etc., y de las quejas médicas, por reporte obligatorio o voluntario, o por análisis sistemático de los expedientes clínicos. Sin embargo, en esta última instancia, existe el problema del llenado incompleto o la falta de consignación de los mismos, aun cuando a través de su lectura pueda inferirse su existencia. Para que los sistemas de reporte sean exitosos se deben cumplir algunas condiciones:

- Ser confidenciales. No identificar números de expediente, nombres de pacientes o de médicos.
- No ser punitivos.
- Ser independientes.
- Estar orientados a la identificación y registro de incidentes, con el fin de es-

tablecer estrategias para la mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente.

- Ser analizados por expertos.
- Ser oportunos.
- Ser fáciles de utilizar.
- Utilizar formatos electrónicos automatizados para el registro y obtención de estadísticas.
- Estar orientados a los sistemas y ser receptivo.
- Utilizar terminología actualizada y aceptada internacionalmente.

Los sistemas de reporte necesitan estar vinculados con los líderes de la organización, quienes pueden actuar de manera efectiva en los resultados de estos reportes.^{12,13}

Una de las limitaciones en el registro de eventos adversos es el temor al castigo, represalia a sus efectos jurídicos; aunque se tienen presentes estas posibilidades es necesario crear los candados para evitar alguna situación legal, pues podrían condicionar un retroceso importante. Existen vacíos legislativos que podrían producir condiciones de mayor certeza jurídica. En algunos países se han preocupado por las condiciones del notificante; así, en Dinamarca, el artículo 6 de la *ACT on Patient Safety in the Danish Health Care System* establece la garantía de inmunidad de los notificantes.

En EUA la *Patient Safety and Quality Improvement Act 2005* establece que ningún proveedor puede emprender acciones legales contra el individuo que ha notificado.¹⁴

Como se ha señalado, uno de los pilares de la seguridad del paciente lo constituye el registro de los eventos adversos, además de que debiera ser una política prioritaria en los sistemas de salud que pretenden otorgar atención médica con seguridad.

El IMSS, siendo la organización de seguridad social en nuestro país con mayor cobertura y alcance, fue el primero en crear un sistema con estas características; en 2005 diseñó e implementó el Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (Sistema VENCER), con el propósito de sistematizar el manejo de los eventos centinela a través del mecanismo de identificación, notificación y análisis de causa-raíz, estableciendo los lineamientos para la implementación de planes de mejora con el objetivo de evitar su recurrencia para beneficio de los derechohabientes, familiares y prestadores de servicio, en todas las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel y las unidades médicas de alta especialidad de todo el país.

El Sistema VENCER proponía un enfoque proactivo y preventivo basado en el análisis de los eventos centinela y en el establecimiento de planes de acción para evitar su recurrencia; buscaba sistematizar el manejo de los eventos centé-

la en los hospitales y aprovechar el aprendizaje de la institución para la mejora de la seguridad de los derechohabientes, a través de los siguientes puntos:

- Registrar los eventos centinela por hospital y tipo de eventos.
- Realizar un análisis causal en la unidad.
- Implementar un plan de acción para evitar la recurrencia.
- Supervisar a nivel delegacional, regional y central la realización del análisis causal y la implementación de los planes de mejora.
- Conformar una base de datos para favorecer el aprendizaje institucional.

También se tomaron en consideración los siguientes aspectos:

1. La búsqueda intencionada de eventos centinela y no sólo el análisis de las quejas o muertes.
2. A través de estos reportes fortalecer el aprendizaje institucional.
3. Que esta información sirviera como apoyo en la toma de decisiones cuando los eventos centinela se presentaran.

Para entonces se conceptualizó el evento centinela como un hecho inesperado que produce la muerte o una lesión severa física o psicológica o el riesgo de que dicha lesión se dé, sin relación con la historia natural de la enfermedad. La lesión severa incluye pérdida de una extremidad o su funcionamiento. Se le llama “centinela” porque emite una señal que advierte acerca de algo que requiere atención inmediata.

En esta situación las instituciones de salud deben actuar rápidamente para entender por qué y cómo estos eventos ocurrieron y cómo prevenir recurrencias en el futuro.

El reporte, análisis e implementación de los planes de acción derivados del Sistema VENCER estaban asignados al Comité de calidad de las unidades médicas. El sistema era el mismo para todas las unidades de segundo y de tercer nivel, con uso de formatos en común y de carácter anónimo, resguardando la identidad del paciente y de quién elaboraba el reporte.

Los eventos centinela en su momento eran reportados al Comité de calidad por los jefes de servicio, la jefe de enfermeras del piso, la jefe y subjefe de enfermeras del hospital, y el subdirector del hospital.

Cuando sucedía un evento centinela se debía convocar a una reunión de emergencia, sobre todo cuando ocasionaba la muerte. El presidente del Comité de calidad sería el único vocero para comunicaciones al exterior de la unidad. Entre dos y tres horas después de realizada la reunión de emergencia mencionada se enviaba la cédula a la delegación y de ahí a la región y al nivel central. La Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) enviaría a la coordinación de las UMAE el reporte correspondiente.

El Sistema VENCER fue considerado un elemento estratégico cuando sus líderes promovían la cultura de la seguridad, la medición de los riesgos, la estandarización de los procesos y la aplicación de las intervenciones, cuya evidencia está demostrada en la prevención de eventos adversos (como en el caso de infecciones de herida quirúrgica o neumonía asociada a ventilador) e involucra a todo el personal en el logro de metas específicas que previenen en forma efectiva y eficiente los eventos. El desempeño de todo el personal, en particular el del médico y el de enfermería, en esta tarea es esencial.

Los puntos centrales incluyen:

- Detección y seguimiento de eventos centinela.
- Identificación y prevención de riesgos.
- Análisis de eventos centinela y cuasifallas.
- Implementación de estrategias de mejora.

La atención médica que el Instituto Mexicano del Seguro Social proporciona a la población mexicana aspira a ser segura, efectiva, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa, promoviendo el desarrollo y la vitalidad de su fuerza laboral.

El reporte y manejo de los eventos centinela constituyeron una estrategia orientada a mejorar los procesos de atención médica e incrementar la seguridad de los derechohabientes. El análisis de las causas de los eventos centinela habitualmente correspondía a las actividades del comité de mortalidad.

Es importante señalar que el registro de eventos adversos es uno de los criterios del proceso para la certificación de establecimientos de atención médica propuestos por el Consejo de Salubridad. La estrategia está enfocada en que el registro y análisis de los eventos centinela sean realizados por los comités de calidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA

- Identificación y manejo temprano de riesgos potenciales.
- Respuesta organizada y sistemática a eventos críticos.
- Vigilancia permanente para evitar la recurrencia.
- Fortalecimiento del aprendizaje institucional.
- Enfoque de la atención de las unidades médicas que han experimentado eventos centinela en la comprensión de las causas que subyacen al evento y en la realización de cambios en los sistemas y procesos para reducir la probabilidad del evento en el futuro.

- Incrementar el conocimiento general relacionado con los eventos centinela, sus causas y estrategias para su prevención.
- Incrementar la confianza de los derechohabientes y la opinión pública en el desempeño de la institución.

Tipos de eventos centinela

En esta versión fueron clasificados los eventos centinelas en dos grupos. El grupo A, que incluía los eventos para los cuales aún no se contaba con un sistema de reporte y análisis, y el grupo B, para los que ya tenían un sistema de reporte.

Eventos centinela del grupo A

- Complicaciones quirúrgicas graves.
- Accidente anestésico.
- Retención de material o instrumental quirúrgico.
- Caídas de pacientes.
- Trauma en el momento de nacer.
- Lesión vaginal durante el parto.
- Cirugía al paciente, región u órgano equivocado.
- Reacciones adversas graves producto de la administración errónea de medicamentos.
- Eventos adversos graves, relacionados con el equipamiento.
- Alta de un infante con la familia equivocada (identificación equivocada de paciente).
- Robo de infante.

Eventos centinela del grupo B

- Muerte materna.
- Reacciones transfusionales.
- Transfusión de tipo sanguíneo equivocado.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Reacciones adversas a medicamentos.

Era importante difundir entre todo el personal que en el Sistema VENCER tiene la finalidad de generar soluciones, corregir el funcionamiento del proceso de atención y favorecer el aprendizaje

Análisis de causa raíz

Una premisa fue realizar el análisis causal del evento en las 48 h siguientes al mismo y un plan de acción dentro de los 15 días posteriores al evento. En ocasiones la acción inmediata fue necesaria.

Para llevar a cabo el análisis causal era necesario convocar a un equipo de personal de confianza cercano a los procesos implicados. Conviene incluir a personal de confianza con diferentes niveles de responsabilidad. Por ejemplo, si a un paciente se le opera la rodilla equivocada en una cirugía de meniscos, es importante reunir al jefe de cirugía, a la jefe de enfermeras y al jefe de quirófanos, aunque miembros adicionales del equipo de salud pueden ser convocados a participar. Igual que en todo equipo, es necesario contar con un líder que coordine el esfuerzo, quien será el responsable del Comité de calidad.

Pasos generales en el análisis causal

- Definir claramente el problema.
- Bosquejar la secuencia de eventos.
- Identificar a las personas (roles) que estuvieron involucradas en los procesos.
- Clarificar los asuntos pertinentes.
- Comparar la secuencia de eventos con lo que realmente debió ocurrir.
- Explorar los sistemas y procesos que contribuyeron con el evento adverso.

Fue difícil regularizar el registro en todas las unidades médicas, aunque conforme pasaron los años se redujo de manera considerable. En la figura 3–2 se muestra el comportamiento del Sistema VENCER por el número de eventos reportados, teniendo su máximo registro en 2008 con 564 reportes, mientras que en 2010 fue de sólo 76.

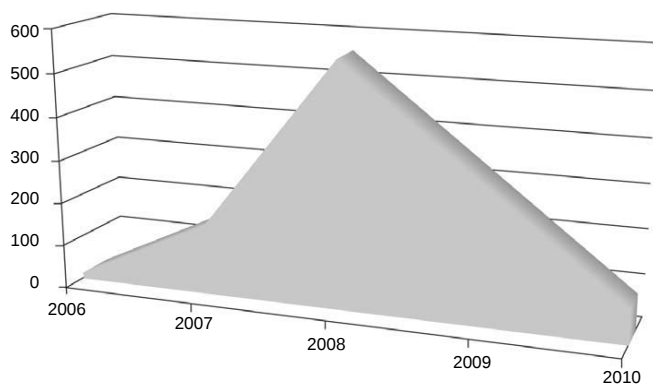


Figura 3–2.

Cuadro 3-3.

Número de delegaciones/UMAE	Número de evento centinela*
12	80
9	136
Total 21	216

*Tiempo de estudio: una semana.

Por dicho resultado, en la Unidad de Atención Médica se consideró pertinente identificar los factores condicionantes a través un diagnóstico con información disponible en otras áreas y la proporcionada por los directivos de los hospitales de segundo y tercer niveles.

- Con la información proporcionada por la Unidad de Evaluación de Delegaciones se detectaron 216 eventos centinela durante sus visitas de supervisión realizada en 12 delegaciones y 9 UMAE, en un periodo de una semana, muy por encima de los reportados en el sistema (cuadro 3-3).
- El resultado de una encuesta enviada a todo el sistema (periodo de estudio de enero a junio de 2010) reportó los siguientes hallazgos:

Principal limitación para el registro

Segundo nivel

- Falta de supervisión.
- Desconocimiento del programa.
- Equipo obsoleto.
- Complejidad del formato.
- Miedo a represalias.

Tercer nivel

- Falta de supervisión.
- Desconocimiento del programa.
- Complejidad del formato.
- Miedo a represalias.

Causa más importante del evento centinela

- Infección nosocomial.
- Reacción adversa a medicamentos.

Cuadro 3-4.

Factores limitantes	Porcentaje
Desconocimiento del programa de notificación	27
Miedo al castigo	22
Desconocer que se debe notificar	19
Evidenciar el mal ejercicio de la práctica	18
Falta de retroinformación posterior a la notificación	9
Falta de secuencia en la notificación	4
Otros	1
Total	100

- Caída.
- Factor humano.
- Sin supervisión.
- Retraso en el diagnóstico y el tratamiento.
- Trauma obstétrico.

Propuestas para mejorar el registro de eventos adversos

- Mayor difusión del Sistema VENCER II.
- Supervisión.
- Sesiones periódicas informativas.
- Capacitación.
- Herramienta electrónica.
- Simplificación de formatos.

En un estudio publicado de una revisión en un hospital del IMSS se reportaron resultados semejantes, como se consigna en el cuadro 3-4.¹⁵

Llama la atención que los resultados coinciden con estudios realizados en otros países (cuadro 3-5).¹⁶

Cuadro 3-5.

Factores limitantes	Porcentaje
Desconocimiento del programa de notificación	27
Miedo al castigo	22
Desconocer que se debe notificar	19
Evidenciar el mal ejercicio de la práctica	18
Falta de retroinformación posterior a la notificación	9
Falta de secuencia en la notificación	4
Otros	1
Total	100

Cuadro 3-6.

Total de hospitales		No. de hospitales que respondieron la encuesta		Cuentan con la implementación del Sistema VENCER en segundo nivel		Cuentan con la implementación del Sistema VENCER UMAE	
Segundo nivel	UMAE	Segundo nivel	UMAE	Sí	No	Sí	No
228	25	177 (78%)	23 (92%)	94	83	20	3

Otros datos obtenidos en cuanto al número de hospitales que contestaron la encuesta, respecto si tienen o no implementado el Sistema Vencer, el número total de eventos adversos y la diferenciación entre eventos centinela tipo A y B están consignados en los cuadros 3-6 y 3-7.

El propósito principal de los sistemas de reporte es aprender de la experiencia, pero también sirven para monitorear el progreso en la prevención de los errores.

Sistema de notificación y vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas. VENCER II¹⁷

Los datos obtenidos eran contundentes, se estaba enfrentando un sistema de reporte que debía renovarse y buscar las estrategias para fortalecer y consolidar su implementación. El sistema fue rediseñado tomando en consideración la información proporcionada con el área operativa para facilitar su adhesión, ahora no sólo enfocado en los eventos centinela, sino también en los eventos adversos y las cuasifallas. Fue bautizado como VENCER II: Sistema de Notificación y vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.

El objetivo de VENCER II es implementar un sistema de notificación, vigilancia y prevención de eventos adversos para garantizar con ello la seguridad del paciente en las unidades médicas hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para ello se definió, difundió y estandarizó la taxonomía de incidentes sólo en tres categorías para integrar un lenguaje único que facilitara su comprensión y evitara confusiones en su registro (definiciones conceptuales):

Cuadro 3-7.

Eventos centinela en segundo nivel			Eventos centinela en UMAE		
Total	Tipo A	Tipo B	Total	Tipo A	Tipo B
1 332	419	913	1 952	147	1 805

- Evento centinela, suceso imprevisto resultado de la atención médica que produce:
 - Muerte del paciente.
 - Pérdida de un órgano o función permanente.
 - Cirugía incorrecta (paciente, procedimiento o sitio).
 - Específico de la unidad médica.
- Evento adverso: daño generado por la atención médica y no por las condiciones basales del paciente.
- Cuasifalla: error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.

Obtener información de los eventos ocurridos en las unidades médicas hospitalarias de la institución permitiría aprender de esta información, para identificar áreas de oportunidad y poder desarrollar soluciones dirigidas a la prevención de su ocurrencia. A fin de completar este proceso se promovió el desarrollo del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP), responsable de analizar las causas e implementar acciones tanto preventivas como correctivas relacionadas con los eventos, también fue difundido el Manual de integración y funcionamiento del CICASEP, con el ánimo de estandarizar las acciones propias de este comité. Si bien es cierto que es de gran utilidad conocer esta información a nivel central, donde se concentran los datos de todas las unidades médicas, es de mayor beneficio en las unidades médicas.

Los objetivos específicos de VENCER II han sido:

- Concientizar y sensibilizar al personal de salud para promover una cultura de seguridad y calidad de la atención médica.
- Promover la identificación de eventos centinela (EC), eventos adversos (EA) y cuasifallas (C) para su notificación a través del formato y sitio electrónico del Sistema VENCER II.
- Analizar los mecanismos de producción de EC, EA y C durante el proceso de atención médica para retroalimentar al personal involucrado y establecer las acciones de mejora que favorezcan su prevención.
- Proponer, priorizar y proporcionar información útil para la mejora de la seguridad del paciente.
- Diseñar e implementar estrategias de mejora identificando los riesgos; posterior al análisis de los errores, modificar las conductas a fin de reducir el número de eventos adversos.
- Orientar y garantizar acciones en favor de la responsabilidad social del personal de salud.

El reporte es confidencial, independiente, voluntario y no punitivo en un formato impreso para el registro individual de cada caso por parte del personal de salud

y con recopilación de la información en línea de forma mensual de todas las unidades médicas hospitalarias del régimen ordinario de la institución.

Para la Dirección de Prestaciones Médicas la información obtenida ha permitido coadyuvar en la mejora de la seguridad de los derechohabientes, a partir del aprendizaje y el conocimiento de los eventos adversos que ocurren con mayor frecuencia en las unidades médicas hospitalarias de la institución, examinando sus causas, el proceso terapéutico en que se producen, los servicios más afectados y todas las variables descriptivas de los problemas de seguridad identificados y extraídos de los sistemas en forma transversal.

Sin embargo, los insumos obtenidos son de mayor utilidad para las unidades médicas, al realizar el análisis puntual de los eventos para favorecer su prevención, además de contar con la información completa.

Es un sistema híbrido integrado por un formato para su llenado manual, el cual consta de los siguientes apartados:

1. Datos generales:
 - Fecha en que sucedió el evento.
 - Servicio.
 - Turno.
 - Edad.
 - Género.
 - Diagnóstico principal.
2. Evento centinela; incluye las causas más frecuentes, dejando la opción para cualquier otra causa.

1. Evento centinela. suceso imprevisto, resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, pérdida permanente de una función u órgano, o cirugía incorrecta y otro evento considerando como centinela por las políticas del establecimiento

Qué originó el evento centinela	Hemoderivados	☐ El establecimiento ha determinado otro evento como centinela:	Cuál fue el resultado:	
Medicamentos	☐ Infección nosocomial	☐ Sí	☐ Muerte	☐
Prácticas quirúrgicas	☐ Caídas	☐ Mencione cuál:	Pérdida permanente de la función	☐
Anestesia/sedación	☐ Retraso en el tratamiento	☐	Pérdida de un órgano	☐
Procedimientos invasivos	☐ Otras	☐	Cirugía incorrecta	☐

3. Evento adverso; contiene su definición conceptual para recordar y posicionar la taxonomía utilizada en la institución, de igual forma, contiene los principales con opción para registrar cualquier otro tipo.

2. Evento adverso. Daño resultado de la atención médica y no de las condiciones basales del paciente			
Qué originó el evento adverso	Procedimientos invasivos	☐ Si el evento adverso esta relacionado con un proceso infeccioso. Cuál es su origen:	
Medicamentos	☐ Úlceras por presión	☐ En sitio quirúrgico	☐ Líneas vasculares ☐
Prac. quirúrgicas	☐ Caídas	☐ Por sonda vesical	☐ Otros ☐
Anestesia/sedación	☐ Retraso en el tratamiento	☐ Vías respiratorias	☐ Mencione cuál:
Hemoderivados	☐ Otros	☐	

4. Cuasifalla. En las mismas condiciones que los apartados anteriores.
5. Lo que sucedió en el evento adverso se consigna en este apartado si produjo alguna consecuencia, así como la tipificación de su gravedad, categorizada en Rápida resolución (leve), Requirió tratamiento adicional (moderado) y Requiere tratamiento de alta complejidad (severo).
6. Descripción breve de lo ocurrido.
7. Factores que influyeron directamente —humano, médico, enfermero, becario y otros; falta de recursos—, problemas de infraestructura, problemas organizacionales, falla o falta de equipo, y otros.
8. Qué medidas se implementaron para corregir o evitar los eventos.

El diseño del formato privilegia los datos más importantes, sin contener un detalle exhaustivo de cada evento, justificado por la experiencia de la versión anterior y limitado por tener formatos extensos y carecer de expediente electrónico. Esta situación se suple perfectamente cuando se realiza el análisis en la unidad médica donde se cuenta con toda la información del expediente clínico. El contenido del formato se ingresa mensualmente a una página web en la que se concentran los datos y son analizados a nivel central. Para asegurar el registro, la concentración de información y el análisis se han establecido mecanismos de seguimiento, además de definir las acciones y tramo de control con el propósito de que exista claridad en los procedimientos. En las figuras 3-3 y 3-4 se ejemplifican los mecanismos de registro en segundo y tercer niveles.

El registro en el Sistema Vencer II se ha ido fortaleciendo desde su implementación; se realizan cortes mensuales con retroinformación de los resultados a través de la página web. Durante 2012 se reportaron más de 35 000 eventos; los más importantes incluyeron infecciones nosocomiales, complicaciones relacionadas

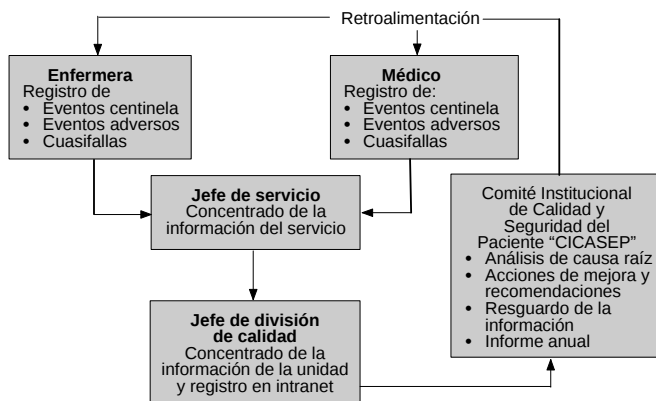


Figura 3–4. Sistema VENCER II (mecanismo de registro en UMAE).

con procedimientos invasivos o quirúrgicos, medicamentos, caídas y úlceras por presión. Lamentablemente estos problemas son comunes en todos los sistemas

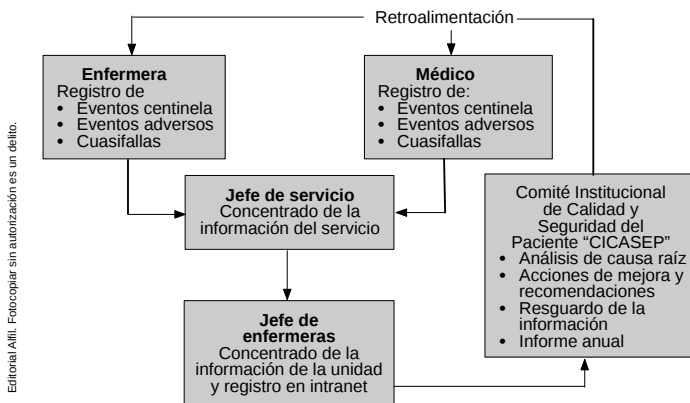


Figura 3–3. Sistema VENCER II (mecanismo de registro en 2º nivel).

de salud y generan grandes pérdidas en materia de salud, además de que los aspectos financieros son severamente afectados.

Aunque existen áreas de oportunidad en el Sistema VENCER II y en breve se tendrán que realizar adecuaciones, además de fortalecer y transitar en la operación del registro al análisis y prevención del daño en sólo dos años, con esta herramienta ha sido posible construir los cimientos de una cultura de seguridad, al crear conciencia de la importancia de trabajar a favor de la seguridad del paciente, mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y laborar de manera conjunta en el equipo multidisciplinario de salud.

REFERENCIAS

1. **Moreno RP, Rhodes A, Donchin Y:** Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Viena. *Intens Care Med* 2009;35:1667–1672.
2. **Donching Y, Gopher D, Olin M et al.:** A look into nature and causes of human errors in the intensive care unit. *qshc.bmj.com*.
3. National Association for Healthcare Quality: *Call to action*. 2012
4. **Weaver SJ, Lubonksi LH, Wilson R et al.:** Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Ann Intern Med* 2013;5(158):369–374.
5. **Frush KS, Alton M, Frush DP:** Development and implementation of a hospital-based patient safety program. *Pediatr Radiol* 2006;36:291–298.
6. **Davies TO, Nutley SM, Mannion R:** Organizational culture and quality and health care. *Quality Healthcare* 2000;9:111–119.
7. The National Quality Forum: *Safe practices for better healthcare. A consensus report*. 2003.
8. **Timmel J, Kent PS, Holzmüller CG, Paine L, Schulick R et al.:** Impact the comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) on Safety Culture Inpatient Unit. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010(36);6:252–260
9. **Frush KS:** Fundamentals of a patient safety program. *Pediatr Radiol* 2008;38(Suppl 4): S685–S686.
10. **Bañeres J, Caver E, Orrego C:** *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
11. **Baines RJ, Langelaan M de Bruijne MC et al.:** Changes in adverse event rates in hospital over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *Qual Safety Health Care* 2013;22:290–298.
12. **Leape L:** Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002;347(2):1633–1638.
13. How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. *Am Surg* 2006;11(72):1088–1091.
14. **Del Valle GM:** *Creación de un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en la esfera sanitaria desde un punto de vista*.
15. **Juárez PH, Durán MC:** Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería. *Rev Enf IMSS* 2009;17:3944.
16. Agency for Healthcare Research and Quality: *The patient safety and quality improvement act of 2005*. www.hhs.gov.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Sistema de notificación vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifalla VENCER II*. 2012.

Medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente

*Lilia Cote Estrada, Sara Gutiérrez Dorantes,
Ana Laura Cajigas Magaña, Alicia Hernández Reyes,
Ana Luisa Cabrera Ramírez, Tania Reyes Hernández,
María Isabel Villegas Mota*

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento del presente siglo, después de poner en evidencia los errores en la atención médica, se desarrolló una corriente internacional en pro de la seguridad del paciente, que a la fecha constituye un nuevo paradigma en el terreno de la salud.

Al conocer con mayor detalle el comportamiento de los patrones y tendencias de los eventos adversos, sus consecuencias y su impacto, queda claro que tomar acciones para reducirlos es una tarea impostergable en los sistemas de salud, los cuales repercuten en la salud de los pacientes y en las finanzas de las instituciones, sin subestimar el impacto social en la comunidad en general y en los profesionales de la salud, aparentemente imperceptibles.

En la última década se han realizado múltiples esfuerzos con este propósito, cuyos resultados son halagadores; sin embargo, existen evidencias que demuestran que este fenómeno persiste e inclusive va en aumento.¹

Más allá de iniciativas que pueden parecer una cuestión de moda, la seguridad del paciente tiene un fundamento legal y ético. El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales. Esta perspectiva innovadora tiene repercusión en el despliegue de acciones y en el fomento de buenas prácticas.²

En la actualidad se han reducido los errores en el campo de la cirugía con la aplicación de la lista de verificación Cirugía segura, las infecciones nosocomiales con la utilización de paquetes de medidas *bundles* y las caídas o las úlceras

por presión al evaluar el riesgo e implementar medidas específicas; no obstante, todas estas buenas prácticas no logran resultados de impacto o no son consistentes cuando todo el personal de la organización no se adhiere a una cultura de la seguridad.³

Por ello, implementar una cultura de la seguridad constituye la piedra angular de las organizaciones que pretenden otorgar una atención de calidad con seguridad, además de que ha sido considerada como la mejor práctica.⁴ El primer paso para desarrollarla consiste en medir y definir su nivel de arraigo en la organización.⁵

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han implementado estrategias a favor de la seguridad del paciente; sin embargo, se consideró indispensable conocer el nivel de incorporación a una cultura de la seguridad para continuar o redireccionar los planes o acciones a nivel nacional con el propósito de fortalecer y consolidar la seguridad del paciente y reducir la posibilidad de eventos adversos.

ANTECEDENTES

Ante esta problemática internacional México no se ha mantenido al margen, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) de la presente administración contempla políticas prioritarias dirigidas a mejorar la seguridad y reducir los riesgos, para lograr el impacto deseado en la atención de los pacientes.

Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en recientes fechas ha impulsado de manera intensiva todas las acciones a favor de la seguridad del paciente, además de transitar de una cultura tradicional a una de seguridad, sin olvidar que en el terreno de la calidad ha sido pionero en el país, ya que desde 1956 ha realizado intervenciones para evaluar la calidad de la atención médica y a la fecha han sido permanentes los esfuerzos para lograr una mejor calidad de atención a los pacientes.

A partir de 2010 se diseñó la Planeación Estratégica para implementar los estándares homologados internacionalmente (*Joint Commission*) del Consejo de Salubridad General, con objetivos a corto, mediano y largo plazos, con el propósito de mejorar la seguridad del paciente y certificar las unidades médicas ante esta autoridad sanitaria (figura 4-1).

Un aspecto por demás importante es el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (sistema VENCER II); la cultura del reporte en todas las unidades médicas ha tenido un avance consistente. Sin lugar a dudas, se deberá incrementar el reporte y pasar del mero registro al análisis e implementación de medidas de seguridad para promover la prevención de eventos adversos y evitar la recurrencia.

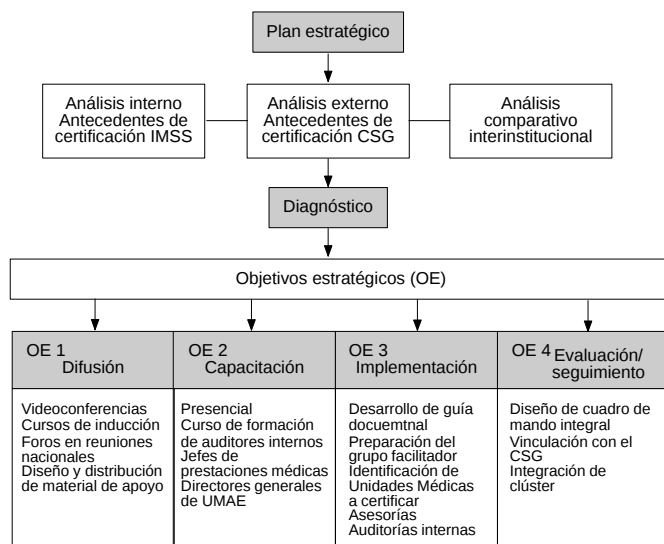


Figura 4-1.

Se debe considerar que los sistemas de reporte han sido considerados como un elemento indispensable en cultura de la seguridad por los beneficios que generan, por lo que se han promovido en algunos países modificaciones en la legislación e iniciativas para establecer protecciones legales que sirvan para generar confianza al determinar la confidencialidad de la información.^{6,7} Es importante considerar que la finalidad de reportar es identificar las condiciones inseguras antes de que ocurra un error.

La cultura de seguridad del paciente, además de implicar la capacidad de reconocer los errores para reducir su frecuencia y sus efectos, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en una mejora.^{8,9}

En la institución el reporte se realiza a través del sistema VENCER II, que es confidencial, independiente, voluntario y no punitivo, mediante un formato impreso para el registro individual y un reporte mensual de forma electrónica de cada hospital al nivel central, obteniendo información acerca de los eventos adversos ocurridos en las unidades de todo el país; sin embargo, la información más

valiosa que se genera es para las propias unidades que reportan, ya que esto les permite establecer acciones correctivas y de prevención para que estos eventos no vuelvan a ocurrir.

El desarrollo y conformación del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP) en cada hospital fue de vital importancia, ya que el reporte de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas se debía analizar para identificar las causas que los originaban, con el fin de planear las acciones pertinentes.¹⁰

Entre 2010 y 2012, después de llevar a cabo las acciones anteriormente descritas, los logros obtenidos en materia de certificación consistieron en 95 unidades certificadas satisfactoriamente y 30 en proceso de certificación ante el Consejo de Salubridad General. El trabajo realizado ha sido intenso; sin embargo, se desconocía el impacto del esfuerzo institucional en favorecer la cultura de calidad y seguridad del paciente, por lo que se decidió aplicar una encuesta que permitiera identificar los resultados en la modificación de la cultura organizacional; esto con la finalidad de evaluar, retroalimentar y redefinir las directrices ante la posibilidad de reducir los eventos adversos en la atención a los pacientes.

Es importante recordar cómo se ha conceptualizado la cultura de la seguridad de una organización: es el producto de un liderazgo transformador, para integrar valores individuales y grupales, actitudes, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso y el estilo proficiente del manejo en salud y seguridad.^{4,11-13}

Desarrollar una cultura de seguridad del paciente se logra a través de esfuerzo conjunto, para llegar a los mejores resultados.¹⁴

La cultura influye en la motivación para asegurar comportamientos que promuevan la seguridad en una práctica diaria. Ya que un clima de seguridad puede influir el proceso de cuidado y sus resultados, los esfuerzos para evaluar el clima de seguridad a través del tiempo han sido ampliamente implementados.

La promoción de la cultura de seguridad del paciente puede ser mejor conceptualizada como un conjunto de intervenciones basadas en el liderazgo, el trabajo en equipo y el cambio de comportamiento en vez de un proceso específico, equipo o tecnología. Las estrategias para promover una cultura de seguridad del paciente pueden incluir una sola intervención o múltiples intervenciones, así como cambios a nivel del sistema, quizá cambios en el gobierno y en el sistema de reporte; por ejemplo, el entrenamiento del equipo y los pases de visitas interdisciplinarias.¹⁴

La cultura referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas a nivel de la atención del paciente que deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear a todos los niveles de la organización hospitalaria para elevar el nivel de la misión institucional. Sin embargo, no es infrecuente que las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención médica tengan des-

viaciones que afecten la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.¹⁵ Por lo anteriormente expuesto, resultaba indispensable conocer de qué manera han influido de todas las acciones implementadas en la mejora de la cultura de seguridad en el personal del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la Unidad de Atención Médica de la dirección de Prestaciones Médicas se determinó aplicar una encuesta (instrumento validado) a través de una plataforma electrónica montada sobre la intranet institucional, utilizando las tecnologías de Microsoft Sharepoint® 2007 e Infopath® 2007; fue de carácter voluntario, abierta a nivel nacional y dirigida al equipo de salud responsable de la atención directa del paciente, que explora 12 dimensiones describiendo aspectos básicos de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que trabaja en las unidades médicas.

La información recogida permitió establecer la percepción que tienen los profesionales de la salud en cuanto a las principales dimensiones que conforman la cultura de la seguridad. El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar, pero que ya muestra avances significativos en las unidades.

Para favorecer la validez de la información se utilizó un muestreo no probabilístico en el que el único criterio de inclusión fue la participación voluntaria. No hubo criterios de exclusión y se decidió eliminar las encuestas que tuvieran menos de 90% de respuestas.

La variable de estudio fue la seguridad del paciente, la cual se define como evitar y prevenir lesiones en los pacientes o eventos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados. Para su medición se utilizó la Encuesta de seguridad del paciente, de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), versión original, en su adaptación al español por parte de la Universidad de Murcia, en 2005. La encuesta incluye 42 ítems que exploran 12 dimensiones (ver Encuesta de seguridad del paciente, al final de este capítulo).

1. **Apertura de la comunicación:** el personal se expresa abiertamente acerca de los que puede afectar negativamente al paciente y se siente libre de interrogar a sus autoridades.
2. **Comunicación e información sobre errores:** el personal está informado acerca de los errores que ocurren, proporciona retroalimentación de los cambios implementados y discute las formas de prevenir los errores.

3. **Frecuencia de eventos notificados:** se han reportado errores detectados y corregidos antes de que afecten al paciente, errores sin daño potencial para el paciente y errores que podrían dañar al paciente pero no lo hicieron.
4. **Cambios de turno y transiciones:** la información importante acerca del cuidado del paciente es transferida a través de las áreas hospitalarias y durante los cambios de turno.
5. **Soporte gerencial para la seguridad de los pacientes:** las autoridades hospitalarias propician un clima laboral que promueve la seguridad del paciente y la identifica como una prioridad alta.
6. **Respuesta no punitiva a errores:** el personal siente que sus errores y los sucesos reportados no son utilizados en su contra ni agregados a su expediente.
7. **Aprendizaje organizacional y mejora continua:** hay una cultura del aprendizaje en la cual los errores conducen a cambios positivos y los cambios son evaluados en cuanto a su efectividad.
8. **Percepción general de la seguridad del paciente:** los sistemas y procedimientos son buenos para prevenir errores y son escasos los problemas de seguridad de los pacientes.
9. **Administración del personal:** hay suficiente personal para manejar la carga de trabajo; las horas de trabajo son apropiadas para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.
10. **Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes:** las autoridades consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes e incentivan y reconocen al personal por el cumplimiento de las normas de seguridad, sin pasan por alto los problemas de seguridad de los pacientes.
11. **Trabajo en equipo a través de los servicios:** los servicios están coordinados y cooperan entre ellos para proveer el mejor cuidado a los pacientes.
12. **Trabajando en equipo dentro de las unidades:** el personal se apoya, se trata con respeto y trabaja en equipo.

La encuesta incluye una pregunta en la que el encuestado debe proporcionar su apreciación global del grado de seguridad del paciente en su área de trabajo o servicio, y otra en la que debe referir el número de eventos en los que la seguridad del paciente se vio afectada y que el personal reportó en los últimos 12 meses, además de la información relacionada con una serie de variables relativas a las características sociodemográficas de los encuestados.

La encuesta cuenta con una escala de respuestas tipo Likert, que incluyen:

- En total desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

El registro de la información se hizo contabilizando el porcentaje de acuerdo; es decir, se sumó un punto al responder De acuerdo o Totalmente de acuerdo (ninguno en el caso de las opciones restantes) y se calculó el porcentaje correspondiente para cada ítem. Para obtener el nivel de seguridad del paciente una vez concentrada toda la información, se recurrió a la siguiente escala:

Nivel de seguridad	Rango
Muy alto	8.1 a 10
Alto	6.1 a 8.0
Medio	4.1 a 6.0
Bajo	2.1 a 4.0
Muy bajo	0 a 2.0

DEFINICIONES

Se anexan las definiciones relacionadas con la cultura de seguridad y calidad en la atención del paciente que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido.

- **Seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Cultura de seguridad:** el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.³
- **Atención en salud:** conjunto de servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud.
- **Riesgo:** es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.
- **Evento adverso:** daño resultado de la atención médica y no de las condiciones basales del paciente.
- **Barrera de seguridad:** acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Sistema de gestión del evento adverso:** conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de

una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

RESULTADOS

Respondieron la encuesta 2 377 trabajadores, de los cuales 96.3% pertenecían a unidades de segundo nivel y 3.7% a unidades de tercer nivel de atención, con predominio de la categoría de enfermería, con 95.8% y otros profesionales correspondientes a 4.2%. Estuvieron representadas 29 delegaciones estatales, entre las que destacan Jalisco (571), Coahuila (396), Puebla (314) y Querétaro (262). El resto (834) correspondieron a las 25 delegaciones restantes. Aguascalientes, Campeche, Oaxaca, Sinaloa y Veracruz Norte sólo contaron con un participante y Colima, Durango, Morelos, Quintana Roo y San Luis Potosí con ninguno. Los servicios con mayor participación fueron el de medicina interna (19.4%), cirugía (17.3%), urgencias (16.4%) y ginecoobstetricia (13.6%); el restante 33.3% correspondió a otros servicios. Del total de personal encuestado, 37.5% pertenecían al turno matutino, 29.2% al vespertino, 32.4% al nocturno y 0.9% a la jornada acumulada; 94.1% tenían trato directo con el paciente y el género que predominó fue el femenino, con 83.3%.

El promedio general de las puntuaciones obtenidas fue de 54.33 (en una escala de 1 a 100), el cual ubica la percepción del personal acerca de la seguridad del paciente en un nivel Medio. Destaca la dimensión de “Aprendizaje organizacional y mejora continua” con la mayor puntuación (84 = Muy alto), seguida de “Trabajando en equipo dentro de las unidades” (74) y “Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes” (65), ambas en nivel Alto (figura 4–2).

Observando el comportamiento individual de los ítems, se encuentra que los que mostraron una percepción más favorable fueron A5–Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” (84%), incluido en la dimensión “Aprendizaje organizacional y mejora continua” (cuadro 4–1), A10 Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores (80%), correspondiente a la dimensión “Percepción general de la seguridad del paciente”

Cuadro 4–1. Aprendizaje organizacional y mejora continua (organizaciones que aprenden)

Ítem	% de acuerdo
A5 Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	84
A8 Cuando se realizan cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúa la efectividad de dichos cambios	65

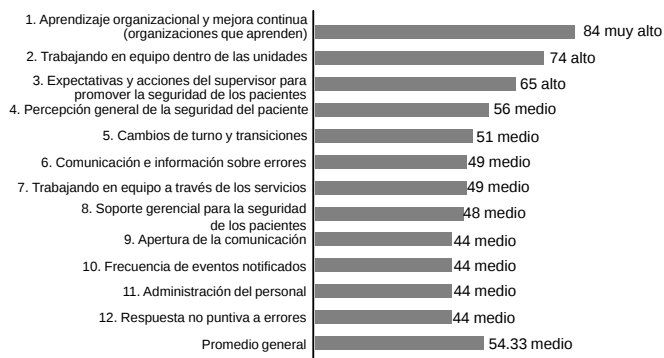


Figura 4-2. Resultados de acuerdo con las dimensiones. * Escala 0–100.

(cuadro 4-2), A4 El personal se trata con respeto (79%) y A1 El personal se apoya mutuamente (77%), que pertenecen a “Trabajando en equipo dentro de las unidades” (cuadro 4-3).

Cuadro 4-2. Percepción general de la seguridad del paciente

Ítem	% de acuerdo
A9 La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	54
A10 Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores	80
A14 Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad	48
A18 Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad	61

Cuadro 4-3. Trabajando en equipo dentro de las unidades

Ítem	% de acuerdo
A1 El personal se apoya mutuamente	77
A3 Cuando tenemos mucho trabajo trabajamos en equipo	70
A4 El personal se trata con respeto	79
A7 Cuando alguien está sobrecargado suele encontrar ayuda en sus compañeros	32

Cuadro 4-4. Administración del personal

Ítem	% de acuerdo
A2 Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	26
A5 El personal en esta unidad trabaja más tiempo por turno de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	40
A12 Tenemos más personal eventual (08) del que es conveniente para el cuidado del paciente	26
A16 Frecuentemente trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente	64

La percepción más desfavorable la muestran A2 Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (26%) y A16 Frecuentemente trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente (64%), de la dimensión “Administración del personal” (cuadro 4-4); C4 El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (30%), de “Apertura a la comunicación” (cuadro 4-5); A7 Cuando alguien está sobrecargado suele encontrar ayuda en sus compañeros (32%), de “Trabajando en equipo dentro de las unidades” (cuadro 4-3); y A18 Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad (61%), de “Percepción general de la seguridad del paciente” (cuadro 4-2).

Cuadro 4-5. Apertura a la comunicación

Ítem	% de acuerdo
C2 El personal tiene la libertad de comunicar situaciones que podrían afectar negativamente a los pacientes	60
C4 El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	30
C6 El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien	48

Cuadro 4-6. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes

Ítem	% de acuerdo
B1 Mi supervisor hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	64
B2 Mi supervisor considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	65
B3 Cuando la presión de trabajo aumenta mi supervisor quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes	38
B4 Mi supervisor no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez	30

Cuadro 4-7. Soporte gerencial para la seguridad de los pacientes

Ítem	% de acuerdo
F1 La dirección de esta unidad propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	49
F3 Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	56
F10 La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso	62

El resto de los ítems muestran resultados homogéneos, en un rango de porcentaje de acuerdo que ubica a la mayoría en el nivel medio de seguridad (cuadros 4-6 a 4-12).

Cuadro 4-8. Comunicación e información sobre errores

Ítem	% de acuerdo
C1 Se nos retroalimenta sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	51
C3 Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	46
C5 En esta unidad discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder	50

Cuadro 4-9. Frecuencia de eventos notificados

Ítem	% de acuerdo
D1 Cuando se comete un error o daño como resultado de la atención médica pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	47
D2 cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	46
D3 Cuando se comete un error médico que no produjo daño al paciente porque se detectó a tiempo, ¿con qué frecuencia es notificado?	40

Cuadro 4-10. Trabajando en equipo a través de los servicios

Ítem	% de acuerdo
F8 Los servicios no se coordinan	57
F2 Hay buena cooperación entre los servicios	47
F5 En esta unidad con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios o áreas	49
F4 Los servicios trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	53

Cuadro 4-11. Cambios de turno y transiciones

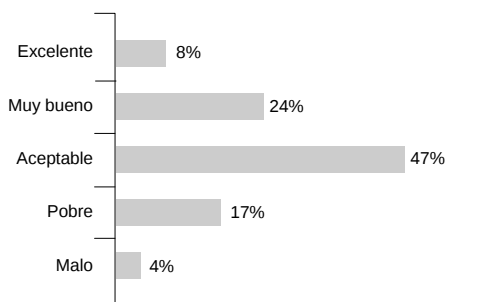
Ítem	% de acuerdo
F6 La información de los pacientes se pierde cuando son trasladados a otro servicio	53
F7 Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno	42
F9 El intercambio de información entre los servicios es problemático	53
F11 Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes	49

Cuadro 4-12. Respuesta no punitiva a errores

Ítem	% de acuerdo
A13 El personal siente que sus errores son considerados en su contra	47
A15 Cuando se informa un evento adverso se siente que se juzga a la persona	60
A17 Los compañeros temen que los errores que cometen queden en sus expedientes	41

En lo que respecta a la apreciación global del nivel de seguridad del paciente en el servicio, la mayoría lo ubica en el nivel de aceptable (47%) (figura 4-3).

Finalmente, la moda que corresponde al número de eventos reportados en los últimos 12 meses fue de cero (66%) (figura 4-4).

**Figura 4-3.** Grado de seguridad del paciente.

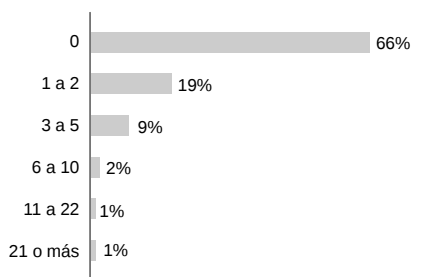


Figura 4-4. Cantidad de eventos reportados.

DISCUSIÓN

A partir del reporte del Instituto de Medicina de EUA, *Error es humano*, se inició una corriente global que colocó en la agenda de todos los sistemas de salud como tema prioritario la seguridad del paciente.

En 2004 la Organización Mundial de la Salud definió con total claridad no sólo el aspecto conceptual, sino que fue determinante al señalar que para otorgar una atención con seguridad debe existir ausencia de daño al paciente durante el proceso de la atención a la salud, sobre todo si es prevenible. La disciplina de seguridad del paciente es el conjunto de acciones coordinadas en el que participa todo el personal para evitar que se presenten daños ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud.¹⁷

Después de haber evidenciado la frecuencia de los eventos adversos y su repercusión, resulta relevante sumar esfuerzos para evitar que éstos sucedan; para lograr este propósito es imprescindible transmitir y consolidar la cultura de la seguridad en todos los miembros de la organización.

En la actualidad está totalmente demostrada la importancia de implementar la cultura de la seguridad, que constituye el pilar y los cimientos para lograr el objetivo, de tal suerte que resulta indispensable evaluarla para ratificar, rectificar o redefinir las acciones que apoyen su consolidación.

Bajo esta premisa se llevó a cabo una encuesta en el personal IMSS para identificar su percepción sobre la cultura de calidad. El instrumento aplicado ha sido validado y utilizado por organizaciones internacionales. Aunque los cánones de la metodología de investigación están dirigidos a objetivos muestrales con carac-

terísticas muy específicas, en esta ocasión se pretendió tener una primera aproximación con esta encuesta de carácter voluntaria y con acceso ilimitado por parte del personal que labora en la institución, para tener un panorama general del estatus de la cultura de seguridad del paciente a nivel nacional, con la finalidad de determinar políticas de seguridad del paciente, ya que la carencia de este tipo de directrices y prácticas de operación estándar conduce a una mayor probabilidad de que se presente una alta incidencia de eventos adversos.^{18,19}

Es el primer estudio en su tipo que se realiza en la institución; en él participaron 2 377 personas. A excepción de los resultados de otro estudio semejante realizado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que incluyó 174 profesionales de salud, no existe otro precedente en el país.

La encuesta que se decidió utilizar es la que elaboró la AHRQ y adecuó al idioma español la Universidad de Murcia, debido su riguroso proceso de construcción y validación aplicada a más de 382 hospitales en EUA y 24 hospitales públicos en España.

Cabe mencionar que existen limitaciones en el estudio realizado, ya que el personal encuestado no representa la totalidad de categorías clínicas que desempeñan sus labores en el IMSS. La categoría que presentó mayor participación (95.8%) fue del gremio de enfermería, lo que demuestra mayor interés y compromiso de este grupo de profesionales con el tema; en correlación, 83.3% de los encuestados fueron del sexo femenino. Las encuestas fueron respondidas por personal del segundo nivel de atención (96.3%), de las cuales únicamente 3.7% correspondieron al tercer nivel; el número de hospitales correspondientes a este nivel es menor, pero constituyen 10% del total de los hospitales, lo que denota un área de oportunidad para mejorar la difusión y compromiso de los líderes de estos hospitales para fortalecer la cultura de la seguridad.

El nivel de participación de los turnos matutino, vespertino y nocturno fue similar (37.5, 29.2 y 32.4% respectivamente), a excepción de los de jornada acumulada, que tuvieron una participación de 0.9%; sin embargo, cabe resaltar que la participación del turno nocturno fue mayor que la del vespertino, cuando históricamente la participación del personal que labora por la noche es escasa. Para la institución este resultado es de gran relevancia, ya que en la literatura se ha identificado una mayor ocurrencia de eventos adversos en dicho turno, lo cual favorece una reducción potencial. De acuerdo con los resultados obtenidos, las jornadas de fines de semana representan una tarea pendiente en la que se deberá focalizar la atención.

Los esfuerzos por implementar acciones de seguridad del paciente en el IMSS se iniciaron de manera más consistente en el segundo semestre de 2010; el instrumento se aplicó en julio de 2011, con un resultado alcanzado en forma global de 56% de percepción de cultura de seguridad del paciente; comparativamente estos resultados son 13 puntos porcentuales menos a lo reportado por la *Agency for*

Healthcare Research and Quality, y cinco puntos porcentuales más a la encuesta realizada en el simposio de CONAMED en 2009.²⁰

Sin embargo, si se toma en consideración que la evaluación realizada fue un año después de haber iniciado las acciones, se puede catalogar que el avance es considerable, identificado en los resultados de esta encuesta, sobre todo por la existencia de limitaciones importantes, como costumbres arraigadas, resistencia al cambio, etc. A pesar de estas condiciones, se ha impactado en la cultura de seguridad del paciente de forma efectiva en temas como reporte de eventos adversos, trabajo en equipo, comunicación, coordinación con los equipos de trabajo, supervisión, comunicación y soporte gerencial, entre otros.²¹

Un punto importante de resaltar es el “Aprendizaje organizacional y mejora continua”, con una calificación de 84%, la cual se encuentra por arriba del estudio realizado en *Aim Shams University Hospitals*, de El Cairo, Egipto, quienes constituyeron 78.2%. Este aspecto favorece la probabilidad de que se detecten y analicen los errores,²² dando como resultado una cultura de aprendizaje que utiliza herramientas para crear, transferir conocimientos y modificar el comportamiento según el conocimiento adquirido.²³ En el estudio realizado en Egipto el trabajo en equipo se calificó en 58.1%, en comparación con la encuestas realizadas en el IMSS, que resultó en 74%; este resultado es prometedor, ya que este aspecto es fundamental para la seguridad del paciente. Por otra parte, las expectativas y las acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes fue de 65%. Estos son resultados destacados que consideramos como fortalezas que deben ser promovidas en favor de la seguridad de los pacientes.

El ítem con resultado menor fue el de la comunicación e información sobre errores, determinado en 49%, relacionado con “El personal tienen la libertad de comunicar situaciones que podrían afectar negativamente a los pacientes”, que fue calificado con 60%; esto sugiere una debilidad por parte de los encuestados, al visualizar la posibilidad de que se presenten acciones punitivas frente al reporte de eventos adversos. Este factor puede estar relacionado con los resultados del reporte registrado en el sistema VENCER I, de febrero a diciembre de 2012, el cual corresponde a 1.88% de los egresos, cuando en los reportes de la literatura internacional se señala como referencia que 10% de los egresos hospitalarios pudieron haber sufrido un evento adverso, o el estudio IBEAS (Latinoamérica) que reportó 10.5% de eventos adversos en promedio.²⁴

El rubro de “La administración de personal” se calificó con 44% y “Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” con 26%; ambas situaciones no favorecen las condiciones propicias para la adopción de medidas de seguridad por parte del personal, por lo que se puede pensar que estos resultados tienen un origen multifactorial debido a las condiciones socioeconómicas del país; sin embargo, estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de EUA, España y Bélgica, y pese a ellos se han logrado grandes avances.²⁵⁻²⁷

De manera complementaria, la literatura internacional refiere que existen problemas percibidos en el proceso de atención médica por insuficiencia del personal, demanda excesiva, capacitación deficiente y empoderamiento débil, lo que no es exclusivo de cierto tipo de hospitales; sin embargo, a pesar de estos escenarios, es posible transitar a una atención de calidad y seguridad con la necesidad de contar con actitud proactiva por parte de la gerencia, y sobre todo un liderazgo efectivo, sin desconocer y tomar acciones para mejorar las condiciones de los servicios y las unidades,³⁰ ya que el liderazgo en la alta dirección es fundamental en este cambio para implementar y difundir las directrices con respecto a seguridad del paciente.²⁸

Cabe resaltar que existe una variabilidad en los resultados de los diferentes estudios de la cultura de seguridad del paciente, que presentan discrepancias importantes entre ellos, lo cual denota las diferencias entre los contextos particulares de cada objeto de aplicación en las condiciones particulares de los entornos laborales. El análisis realizado permitió conocer las inquietudes de los profesionales de salud acerca de la seguridad del paciente. No se pretendió conocer el nivel de conocimientos, sino develar los principales obstáculos que estos profesionales identifican en la práctica diaria y los condicionantes que pueden favorecer un cambio organizacional hacia una verdadera cultura de seguridad del paciente.²⁹

CONCLUSIONES

La cultura de la seguridad del paciente es la piedra angular en la atención médica con un enfoque de calidad, seguridad y excelencia; por lo tanto, para lograr avances en su implementación es de vital importancia documentar su situación en cada uno de los hospitales, en este caso en el ámbito institucional a nivel nacional para redireccionar las acciones hasta hoy implementadas y lograr consolidar esta cultura, a fin de alcanzar el máximo de bienestar de los usuarios y trabajadores del IMSS.

La medición de las diferentes dimensiones de la cultura sobre la seguridad del paciente constituye un elemento diagnóstico importante que forma parte del proceso para mejorar la seguridad del paciente; asimismo, permite evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento *Hospital Survey on Patients Safety Culture*, versión española, lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales y mejorar la seguridad en la atención.

Los resultados obtenidos en la encuesta permiten visualizar claramente las fortalezas, pero sobre todo las debilidades para mejorar la cultura de seguridad del paciente y definir estrategias reforzamiento.

ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES:

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificaciones de sucesos o eventos adversos en su unidad, y le llevará unos 10 minutos completarla.

DEFINICIONES

- Un "suceso" es definido como cualquier tipo de error, equivocación, incidente, evento adverso o actuación fuera de protocolo, sin importar si el resultado daña al paciente o no
- "Seguridad del paciente" se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o eventos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados

DATOS GENERALES

Delegación:				
Hospital de adscripción:				
Localidad:				
Edad:	Seleccionar...			
Género:	Seleccionar...			
Profesión:	☐ Médico	☐ Enfermera(o)	☐ Becario	☐ Otro
Otra profesión:				
Servicio:	Seleccionar...			
Otro servicio:				
Turno:	Seleccionar...			
Tiene trato directo con los pacientes:	☐ Sí		☐ No	

SECCIÓN A: SU ÁREA DE TRABAJO O SERVICIO

En esta evaluación piense en servicio o área de trabajo como el departamento o área clínica de la unidad donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

Piense en su servicio o área de trabajo	En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo
1. El personal del servicio se apoya mutuamente en esta unidad	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	☐	☐	☐	☐	☐

3. Cuando tenemos mucho trabajo trabajamos en equipo para terminarlo	☐	☐	☐	☐	☐
4. En esta unidad el personal se trata con respeto	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	☐	☐	☐	☐	☐
6. Cuando se detecta algún fallo se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir	☐	☐	☐	☐	☐
7. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo suele encontrar ayuda en sus compañeros	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cuando se realizan cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúa la efectividad de dichos cambios	☐	☐	☐	☐	☐
9. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	☐	☐	☐	☐	☐
10. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para prevenir errores en los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
11. El personal en esta unidad trabaja más tiempo por turno de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	☐	☐	☐	☐	☐
12. Tenemos más personal eventual (08) del que es conveniente para el cuidado del paciente	☐	☐	☐	☐	☐
13. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad	☐	☐	☐	☐	☐
15. Cuando se informa de un evento adverso se siente que se juzga a la persona y no el problema	☐	☐	☐	☐	☐
16. Frecuentemente trabajamos bajo presión intentando hacer mucho muy rápidamente	☐	☐	☐	☐	☐
17. Los compañeros temen que los errores que cometen queden en sus expedientes	☐	☐	☐	☐	☐
18. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN B: SU JEFE O SUPERVISOR

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando una opción.

Piense en su servicio o área de trabajo	En total desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo bien hecho conforme a los procedimientos establecidos	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cuando la presión de trabajo aumenta mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez (incluso cuando ha involucrado la muerte de algún paciente)	☐	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN C: COMUNICACIÓN

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio o área de trabajo? Indique su respuesta marcando una opción.

Piense en su servicio o área de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos retroalimenta sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	☐	☐	☐	☐	☐
2. El personal tiene la libertad de comunicar situaciones que podrían afectar negativamente a los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en nuestra unidad	☐	☐	☐	☐	☐
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	☐	☐	☐	☐	☐
5. En esta unidad discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder	☐	☐	☐	☐	☐
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien	☐	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN D: FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS

En su servicio o área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados cuando ocurren los siguientes errores? Indique su respuesta marcando una opción.

Piense en su servicio o área de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error o daño como resultado de la atención médica, pero es descubierto y corregido, ¿con qué frecuencia es notificado?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cuando se comete un error médico que no produjo daño al paciente porque se detectó a tiempo, ¿con qué frecuencia es notificado?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cuando se comete un error médico imprevisto como resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, pérdida permanente de la función u órgano, o cirugía incorrecta ¿con qué frecuencia es notificado?	☐	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿Qué valoración le da a su servicio o área de trabajo en seguridad del paciente? Marque una opción.

A Excelente ☐	B Muy bueno ☐	C Aceptable ☐	D Pobre ☐	E Malo ☐
---	---	---	-------------------------------------	------------------------------------

SECCIÓN E: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Piense en su servicio o área de trabajo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. La Dirección de esta unidad propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	☐	☐	☐	☐	☐
2. Hay buena cooperación entre los servicios o áreas de la unidad que necesitan trabajar juntos	☐	☐	☐	☐	☐
3. Las acciones de la Dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	☐	☐	☐	☐	☐

4. Los servicios trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado de los pacientes	☐	☐	☐	☐	☐
5. En esta unidad con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios o áreas	☐	☐	☐	☐	☐
6. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	☐	☐	☐	☐	☐
7. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno	☐	☐	☐	☐	☐
8. Los servicios/áreas de esta unidad no se coordinan bien entre ellos	☐	☐	☐	☐	☐
9. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios y áreas de esta unidad	☐	☐	☐	☐	☐
10. La Dirección de la unidad sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un evento adverso	☐	☐	☐	☐	☐
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes de esta unidad	☐	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN G: NÚMERO DE SUCESOS NOTIFICADOS

¿Existe en su unidad un procedimiento para notificar incidentes o eventos adversos?

☐ Sí ☐ No

En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado por escrito un incidente o un evento adverso a su superior o a otras instancias? Marque una opción

- ☐ a. Ninguna notificación ☐ b. De 1 a 2 notificaciones
☐ c. De 3 a 5 notificaciones ☐ d. De 6 a 10 notificaciones
☐ e. De 11 a 20 notificaciones ☐ f. 21 notificaciones o más

SECCIÓN H: CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

Esta información ayudará al análisis de los resultados de la evaluación; seleccione una respuesta por cada pregunta.

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en esta unidad?

- ☐ a. Menos de 1 año ☐ b. De 1 a 5 años
☐ c. De 6 a 10 años ☐ d. De 11 a 15 años
☐ e. De 16 a 20 años ☐ f. 21 años o más

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio o área?

- ☐ a. Menos de 1 año ☐ b. De 1 a 5 años
☐ c. De 6 a 10 años ☐ d. De 11 a 15 años
☐ e. De 16 a 20 años ☐ f. 21 años o más

Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en esta unidad?

- ☐ a. Menos de 20 horas a la semana ☐ b. De 20 a 39 horas a la semana
☐ c. De 40 a 59 horas a la semana ☐ d. 60 horas a la semana o más

En su puesto de trabajo, ¿tiene interacción directa o contacto con los pacientes?

☐ Sí

☐ No

¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?

☐ a. Menos de 1 año

☐ b. De 1 a 5 años

☐ c. De 6 a 10 años

☐ d. De 11 a 15 años

☐ e. De 16 a 20 años

☐ d. 21 años o más

SECCIÓN I: COMENTARIOS

Por favor siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, incidentes, errores o eventos adversos en su unidad.

1. Fomentar la notificación de eventos adversos favoreciendo su análisis en el Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP); transmitir el aprendizaje a partir de los errores, para ser una “institución que aprende” y que responde a los continuos cambios que obligan el dinamismo de la atención médica.
2. Buscar estrategias para reforzar el trabajo, con el propósito de potenciar las acciones, en favor de la seguridad de los pacientes.
3. Sensibilizar a los directivos médicos con el propósito de que más que una autoridad ejerzan un liderazgo que conduzca a todo el personal en una dirección, para obtener resultados a corto plazo.
4. Fomentar la metodología y sistematización de las acciones para crear más que cambios pasajeros, hábitos y estilos de trabajo que perduren y mantengan como premisa la mejora continua.
5. Fomentar la participación del paciente y sus familiares.

Lograr una cultura de calidad y seguridad implica un largo camino de iniciativas coordinadas no sólo para establecer las mejores prácticas clínicas y sistemas de barreras más efectivos en el personal de salud, sino también para hacer que los pacientes participen cada vez más como vigilantes de su seguridad, intentando aprender de las estrategias definidas para la gestión del riesgo.

Aunque se logrado un considerable avance, quedan tareas pendientes. La clave para mejor en el futuro será contar con líderes clínicos y organizacionales

comprometidos que impulsen un cambio en la cultura y ayuden a transformar a los expertos individuales.

Se hace un agradecimiento especial al Ing. Adrián Alcántar Bautista, por realizar las gestiones de plataformas informáticas y recopilación de datos.

REFERENCIAS

1. Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC *et al.*: Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care* 2013;22:290–298.
2. Martínez QA, Hueso MC, Gálvez GM: Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Latino-Am Enfermagem* 2010.
3. Carter RE, Subhash C, Lonial, Raju PS: Impact of quality management on hospital performance: an empirical. *Qual Manag J* 2010;17:34.
4. Agency for Healthcare Research and Quality: *30 safe practices for improving patient safety*. The National Forum. Safe practices for better Healthcare. 2003.
5. Helling J, Schooten W, Klazinga NS, Vleugels A: Improving patient safety culture. *IJHQA* 2010;23(5):489–506.
6. Woffen T: Patient safety and legal challenges. Disclosure of medical error, class actions and reporting systems. *ProQuest Health Manag* 2008.
7. Forster AJ, Shojania KG, Walraven CV: Improving patient safety: moving beyond the “hype” of medical errors. *CMAJ* 2005;173(8):893–894.
8. Gómez RO, Arenas GW, González VL, Gasón SJ, Mateus GE *et al.*: Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia Enfermería* 2011;XVII(3):97–11.
9. Saturno PJ, Dasilva G, de Oliveira SL, Sousa YA *et al.*: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin Monograr (Barc)* 2008;131(Supl 3):18.
10. Sistema VENCER II. *Sistema de vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallidos*. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.
11. Rekleiti M, Kyloudis P, Toska A, Saridi M: Patient safety and healthcare quality. *Int J Caring Sci* 2012;5(2):74–79.
12. Agency for Healthcare Research and Quality: *Fact Sheet. 30 safe practices for improving patient safety*. 2005.
13. Roqueta F, Tomás S, Chanovas M: Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias* 2011;23:356–364.
14. Sallie JW, Lubomski RF, Wilson EP: Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:369–374.
15. Fajardo DG, Rodríguez SJ, Arbolea CH *et al.*: Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Ciruj* 2010;78:527–532.
16. *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
17. *World Alliance for Patient Safety*. Washington, D. C., October 27, 2004. www.who.int/patientsafety/about/en/index.html.

18. **Nieva VF, Sorra J:** Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health-care organization. *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl II):17–23.
19. **Astolfo MD:** *La seguridad de los pacientes: entendiendo el problema*. Cali, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud Universidad del Valle, 2004;224.
20. **Fajardo DG, Rodríguez SJ, Arboleya CH, Rojano FC, Hernández TF et al.:** Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Ciruj* 2010;78(6):527.
21. Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on patient safety culture: 2010. *User comparative Database Report*. <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey10/hosp10tabCa1.htm>.
22. **About-Fotouh AM, Ismail NA, Ez Elarab HS, Wassif GO:** Assessment of patient safety culture among health-care providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *EMHJ* 2012; 18(4):372–277.
23. **Garvin DA:** Building a learning organization. *Harvard Business Rev* 1993;71(4):78–91.
24. Estudio IBEAS: *Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Madrid, Informes, Estudios e Investigación, 2010.
25. **Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N:** *Hospital survey on patient safety culture: 2007 Comparative Database Report*. AHRQ Publication No. 07–0025. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality.
26. **Saturno PJ, da Silva Gama ZA, de Oliveira Sousa SL, Fonseca YA, de Souza-Oliviera AC,** Grupo Proyecto ISEP: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales de salud españoles. *Med Clín Monogr (Barc)* 2008;131(Supl 3):18–25.
27. **Hellings J, Vleugels A:** Challenging patient safety culture: survey results. *IJHCQA* 2007; 20(7):620–632.
28. **Schatkoski AM, Wegner W, Algeri PENR:** Seguridad y protección para el niño hospitalizado: estudio de revisión. *Latino-Am Enfermagem* 2009;17(3):410–416.
29. **Martínez AA, Hueso MC, Gálvez GM:** Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Latino-Am Enfermagem* 2010:45–46.

Calidad en la atención médica, seguridad del paciente, mala práctica y responsabilidad profesional

Héctor G. Aguirre Gas

INTRODUCCIÓN

Aun cuando desde la antigüedad se ha hablado sobre la calidad con que se debe llevar a cabo la atención de las personas enfermas sin dañar al paciente, así como sobre las sanciones a que se harían acreedores los médicos o quienes desempeñaban este papel, cuando los resultados no eran los esperados por los enfermos o sus familiares, como en el Código de Hammurabi o en el Juramento de Hipócrates, sobre todo cuando se trataba de personajes poderosos, hasta épocas recientes la calidad de la atención médica ha adquirido una significación prioritaria, con esfuerzos formales para conocerla, evaluarla y mejorarla.

En México la calidad de la atención médica en las instituciones públicas de salud ha sido enfocada a través del tiempo a partir de perspectivas diferentes, desde las épocas en que se le relacionaba con un expediente clínico correctamente integrado, tanto en forma como en fondo, en el que se dejaba constancia del proceder de los médicos; épocas en que la calidad implicaba una productividad igual o superior a la esperada y se cumplían a la letra las normas, los programas y los procedimientos, logrando los estándares y metas previstas. En épocas posteriores el desempeño esperado en la actuación de los médicos era aquel en que se otorgaba el número requerido de consultas o cirugías, sin tiempos de espera para los pacientes que requerían atención ni quejas por los servicios recibidos.

Con el advenimiento de la *International Standards Organization* (ISO) y la auditoría de los procesos, era relevante el cumplimiento estricto de la normatividad vigente.

Con la aparición en el panorama internacional de Avedis Donabedian, con la teoría de sistemas, y de la evaluación integral de la calidad de la atención médica en México, la calidad de la atención adquirió un enfoque dirigido al paciente, en cuanto a los requisitos para que se pueda otorgar una atención de calidad y el desempeño del personal para lograrla, tanto en aspectos relacionados con los resultados en materia de salud como en lo referente a la satisfacción por los servicios recibidos.

La certificación y acreditación de los establecimientos y las instituciones de salud a cargo de instancias oficiales han quedado constituidas como garantes de servicios de salud con calidad.

A partir del enfoque de la salud pública, las instituciones de salud del país tienen la responsabilidad de mejorar el nivel de salud, no sólo en lo referente a la disminución de la morbilidad y la mortalidad, sino especialmente en lo relacionado con el incremento del tiempo y calidad de la vida. Para ello es indispensable mantener controladas las enfermedades prevenibles por vacunación; la detección oportuna de las enfermedades que cuando se manifiestan, habitualmente ya han causado daños irreparables que llevan a la muerte de los pacientes; y la atención oportuna y con calidad efectiva de las enfermedades, que permita limitar el daño y rehabilitar las secuelas de aquellas que no hubiera sido posible prevenir o resolver antes de que produjeran daño.

ANTECEDENTES

En pleno siglo XX en Chicago, Lee y Jones se pronunciaron en 1933 en cuanto a lo que consideraron como atención médica correcta, en los siguientes términos: “Se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas; se hace énfasis en la prevención, se exige cooperación entre los profesionales de la medicina y el público; trata al individuo como un todo, enfatizando que se debe tratar a la persona enferma y no la condición patológica; mantiene una relación cercana y continua entre el médico y el paciente”.¹

Se hace evidente la preocupación de los autores por la calidad con que se estaba otorgando la atención médica y la plantearon en términos que siguen siendo vigentes en nuestra época. Se refirieron a la práctica médica como racional, en contrapunto con lo que ahora se llama medicina defensiva, sustentada en lo que se denominan conocimientos médicos vigentes, *lex artis*, medicina basada en evidencias o bases científicas de la medicina, en congruencia con las tendencias actuales de privilegiar la medicina preventiva sobre la curativa; asimismo, indicaron la coparticipación del paciente y su familia en la atención, y el trato al paciente como un ente biopsicosocial indivisible, tratando al paciente y no a la enfermedad mediante una relación médico-paciente cercana.

En 1956 los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad fueron identificados en el Hospital General “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por un grupo de médicos que se interesaron en conocer la calidad con que estaban atendiendo a los pacientes, a través de la revisión de los expedientes clínicos. Sus esfuerzos fueron recogidos por las autoridades normativas del IMSS y en 1960 editaron, publicaron y difundieron la Auditoría médica,^{2,3} documento que fue retomado por otras instituciones del Sector Salud, con propósitos similares.^{4,5}

Pasaron 12 años para que se diera un cambio en esta metodología, cuando la Subdirección General Médica del IMSS, bajo la conducción de los doctores González Montesinos, Pérez Álvarez y su equipo de trabajo editaron, publicaron y difundieron las Instrucciones: evaluación médica,^{6,7} y un año después las Instrucciones: el expediente clínico en la atención médica.⁸ A través de ellas le confirieron a la evaluación del expediente clínico un carácter más médico, realizado por pares y menos administrativo, como instrumento para conocer la calidad de la atención.

Respaldados por estas normas, los doctores González Montesinos, Lee Ramos, Pérez Álvarez, Santisteban Prieto, Remolina Barenque, Maqueo Ojeda y de la Riva Cajigal, y la enfermera Hernández Brito y col. desarrollaron una intensa labor de investigación y publicación de trabajos sobre calidad de la atención médica,⁸⁻¹⁵ que incluyeron la Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia,⁹ la Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México,¹⁰ la Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social¹¹ y los Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica.¹² A partir de 1980 adquirió una gran relevancia la figura de Avedis Donabedian en EUA, gracias a sus trabajos sobre calidad de la atención médica, con base en la teoría de sistemas;¹⁶⁻²⁰ entre ellos destaca su libro *La calidad de la atención médica*,¹⁷ publicado en 1984.

A partir de los trabajos de González Montesinos pasaron casi 12 años para que en nuestro país ocurriera otro cambio significativo y con impacto en los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica, con la publicación en 1984 de González Posada, Merelo Anaya, Aguirre Gas y Cabrera Hidalgo del Sistema de evaluación médica. Progresos y perspectivas,²¹ orientado a la evaluación y autoevaluación integral de las unidades médicas, incluyendo instalaciones, recursos físicos, personal, suministro de insumos, organización, proceso y resultados de la atención y la satisfacción de los pacientes, con un enfoque hacia la mejora continua y haciendo énfasis en su aplicación como herramienta de autoevaluación, integración y actualización del diagnóstico situacional de la unidad médica.

En 1987 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud publicó y difundió el documento normativo Bases para la evaluación de la calidad

de la atención en las unidades médicas del Sector Salud,²² con base en el Sistema de evaluación médica, de González Posada y col.²¹

El avance siguiente ocurrió hasta 1990, cuando en el Instituto Nacional de Salud Pública se desarrollaron las primeras jornadas académicas sobre calidad de la atención médica en México, con motivo de la visita de Avedis Donabedian; en ellas se presentaron los trabajos que habían venido desarrollando los diferentes grupos ocupados en el tema.

En esas jornadas Ruiz de Chávez, Martínez Narváez, Calvo Ríos, Aguirre Gas y col., representando al grupo básico interinstitucional de evaluación, presentaron su trabajo: Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud, mismo que fue publicado en la *Revista Salud Pública de México*.²³

Ruelas Barajas y col. participaron en esas jornadas con la presentación y publicación de sus experiencias, a través de trabajos de vanguardia, con referencia a la garantía y aseguramiento de la calidad de la atención,²⁴⁻²⁷ como Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía²⁴ y Calidad, productividad y costos;²⁵ Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica,²⁶ de Vidal Pineda; y Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad en la atención médica, de Reyes Zapata, Zurita Garza y Vidal Pineda, de acuerdo con sus experiencias en el Instituto Nacional de Perinatología.²⁷

En ese número de la *Revista Salud Pública de México*, en el que intervino Ruelas Barajas como editor invitado, aparecieron también los primeros trabajos de Aguirre Gas, como Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los Pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas²⁸ y, en el número especial de 1993, Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica.²⁹

En los años siguientes, como resultado de la aplicación del Sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas, se publicaron tres trabajos con los resultados de la aplicación de la evaluación de unidades médicas de tercer nivel de atención: Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución,³⁰ en 1995; Programa de mejora continua. Resultados en 42 unidades médicas de tercer nivel,³¹ en 1999; y Proyecto UMAE (Unidad Médica de Alta Especialidad). Desarrollo y avances 2004-2006,³² en 2008, haciendo evidente la utilidad de esta herramienta para la integración y actualización del diagnóstico situacional de las unidades de atención médica, así como para la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica.

En 1993, como consecuencia de la proximidad de la firma del Tratado Trilateral de Libre Comercio de América del Norte, surgió la necesidad de homologar la calidad en la prestación de los servicios médicos entre las unidades médicas de EUA, Canadá y México, para lo cual era indispensable establecer un sistema homologado de certificación de las unidades médicas. Esa necesidad fue la piedra

angular que detonó la integración de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA), a través de la cual se diseñó y se aplicó un sistema de certificación de hospitales, como “prueba piloto” en varias unidades médicas del Sector Salud.

A finales de ese sexenio, en 1994, no se había podido formalizar legalmente la entidad certificadora y, como consecuencia del cambio de las autoridades del gobierno, incluyendo a las del Sector Salud, el proyecto de certificación quedó suspendido. En marzo de 1995 se llevó a cabo una reunión en la Academia Nacional de Medicina, en la que se presentaron los resultados de la prueba piloto de Certificación de hospitales,³³ sin lograr impacto alguno. No se volvió a hablar del asunto.

En marzo de 1999 el secretario de Salud, Dr. Juan Ramón de la Fuente, retomó el proyecto de certificación de hospitales y asignó la responsabilidad de su instrumentación al Consejo de Salubridad General, a cargo del Dr. Octavio Rivero Serrano. Tras un periodo breve de organización e instrumentación se inició la certificación de hospitales, a través de la participación de empresas certificadoras contratadas.³⁴ La implantación y operación del sistema fue un éxito, que certificó un importante número de hospitales para fines de 2000, que fue cuando concluyó el sexenio y con ello la gestión del Dr. Rivero Serrano.

Desde principios de 2001 hasta fines de 2006 la responsabilidad recayó en la nueva secretaria del Consejo de Salubridad General, Dra. Mercedes Juan López, quien consolidó el proceso de certificación de establecimientos de atención médica, a expensas de personal previamente capacitado, que fue comisionado por las instituciones del Sector Salud.

Con el relevo sexenal de las autoridades gubernamentales, en 2007 el Dr. Enrique Ruelas Barajas asumió el cargo de secretario del Consejo de Salubridad General y con ello el compromiso de conducir la certificación de hospitales, proponiéndose elevarla a nivel internacional,³⁵ conforme a los estándares de la *Joint Commission International*.³⁶⁻³⁹

Paralelamente en 1999 el IMSS implantó el Premio IMSS de Calidad,⁴⁰ mismo que se ha venido desarrollando desde entonces con base en los preceptos de la calidad total, al tiempo que el nivel gubernamental a través del Instituto para el Fomento de la Calidad Total inició el Premio Nacional de Calidad.⁴¹

Con el propósito de equiparar y controlar la calidad de los productos en el ámbito industrial, desde 1947 se ha venido desarrollando y modernizando el sistema *International Standards Organization* (ISO),⁴²⁻⁴⁴ a través del cual se pretende que existan las condiciones para garantizar y homologar la calidad a nivel industrial, mismo que se ha tratado de adaptar al entrono médico, todavía con poco éxito.^{37,45}

Como señala Pedro Saturno: “el sistema ISO permite saber que la calidad es posible, pero no la garantiza; su enfoque está dirigido principalmente a los aspec-

tos formales y estructurales del sistema de gestión de calidad, no a la calidad de los servicios en sí".³⁷ En España su principal representante ha sido la Asociación Española de Normalización (AENOR), con base en el sistema ISO 9001:2000.⁴⁶

La *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) fue integrada por las asociaciones médicas más importantes de EUA, con propósitos similares a los del sistema ISO, pero dirigida en forma específica a la calidad de la atención médica. Evalúa las funciones centradas en el paciente, las funciones de la organización y la estructura con funciones.³⁶⁻³⁹ La acreditación de la JCAHO corresponde al modelo médico de la acreditación, por lo que es necesario señalar que no es incompatible, ni se contradice con el sistema ISO industrial, sino que se complementan.³⁷

Una línea de trabajo importante es la correspondiente a la autoevaluación del nivel de excelencia empresarial, que surgió gracias a las convocatorias para la obtención de los premios a la excelencia. En Japón surgió el Premio Deming, en EUA el Premio Malcom Baldrige y en Europa el Premio Europeo a la Calidad, auspiciado por la *European Foundation for Quality Management*.^{37,47,48} En ellos se pretende que a través de la autoevaluación se pueda contar con un diagnóstico situacional de las organizaciones, conocer sus problemas y sus puntos débiles, y trabajar para su mejora continua para lograr la excelencia en la satisfacción de los clientes y empleados, en impacto en la sociedad y los resultados de la empresa.^{37,47,48} El sistema desarrollado por la *European Foundation for Quality Management*⁴⁸⁻⁵¹ tiene muchas similitudes con la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica,^{22,23} mismos que fueron aplicados en el IMSS desde 1983.^{30,31}

En Canadá, como consecuencia de una escisión con la *Joint Commission*, se creó el *Canadian Council on Health Facilities Accreditation*.³⁷

En España la Generalitat de Cataluña estableció un programa de acreditación de hospitales, con participación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, en tanto que en Barcelona la Fundación Avedis Donabedian inició su aplicación con base en los estándares y el apoyo de la JCAHO, e iniciaron la acreditación de hospitales.³⁷ Posteriormente los trabajos en cuanto a calidad se orientaron al Modelo Europeo de la EFQM.⁴⁹⁻⁵¹

En el Reino Unido la *King Edward's Hospital Fund for London* (Fundación Rey Eduardo de Hospitales para Londres), con base en el *King's Fund Organizational Audit Scheme* (Esquema Organizacional de la Fundación del Rey) desarrolló el *Health Quality Service Accreditation Programme* (Programa de Acreditación de la Calidad de la Salud de los Servicios), basada en los estándares de la JCAHO, el sistema ISO y la *European Foundation for Quality Management*.³⁷

En Latinoamérica la principal iniciativa correspondió a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la creación de la Federación Latinoamericana de Hospitales, siendo el factor fundamental para el desarrollo del Manual de Estándares de Acreditación,⁵² con base en el de la *Joint Commission*, mismo

que fue presentado en la OPS en Washington en 1991. Varias naciones se sumaron a esta propuesta, incluyendo Bolivia, Cuba, República Dominicana, Perú y Guatemala.

Argentina tomó como base el documento de la OPS y desarrolló el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios, mismo que ha continuado en sus actividades y producción;⁵³ sin embargo, es necesario mencionar que desde 1978 Feld y col. publicaron su propuesta sobre la evaluación y la auditoría médica en su libro *El control de la atención médica*.⁵⁴

The International Quality Association (ISQUA) desarrolló en 1994 la *Agenda for Leadership in Programmes for Health Care Accreditation (ALPHA)*, que fue el punto de partida para que en 1999 se creara el Accreditation Federed Council (Consejo Federado de Acreditación), con base en el desarrollo de estándares, evaluación externa por pares y mejora continua de la calidad de la atención médica.^{37,47,55}

En México, durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical con la aparición de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996.⁵⁶ La CONAMED enfoca la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las supuestas faltas de calidad identificadas a través de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos.⁵⁷

Aun cuando la misión original de la CONAMED parecía estar enfocada exclusivamente en el desarrollo de medios alternativos para la solución de diferendos entre médicos y pacientes, en su misión incluye como objetivo fundamental el de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica a través del análisis de las quejas por mala calidad y la elaboración de recomendaciones para mejorarla.⁵⁷⁻⁵⁹

El enfoque dado por la CONAMED a la calidad de la atención, a través del análisis de los problemas por mala calidad, fue reforzado ampliamente por la publicación por Kohn y Corrigan, del Instituto de Salud de EUA, del libro *To err is human. Building a safer health care system*,⁶⁰ en el que se se señala que en ese país ocurren de 44 000 a 88 000 muertes al año por errores médicos, en su mayoría prevenibles.

CONCEPTO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La evolución de la calidad de la atención médica a través del tiempo ha denotado ciertas particularidades. En nuestro país inicialmente se realizó su evaluación a través del expediente clínico,²⁻¹⁵ que en la actualidad es un elemento importante

no sólo para este propósito, sino también para el análisis de su desempeño como resultado de las quejas y demandas interpuestas en su contra por pacientes insatisfechos.⁵⁷⁻⁵⁹

En otras épocas la actuación de un médico era relacionado con la eficiencia en su desempeño, para atender un número igual o superior a la meta prevista o el estándar esperado conforme a los índices o las normas vigentes.

En años subsiguientes adquirió vigencia la calidad total, en la que el personal, las normas y la operación deberían cumplir con los requisitos de calidad predeterminados; la formalización de los sistemas de trabajo a través del diseño de los procesos, mediante procedimientos estructurados e integrados de tal manera que invariablemente llevarían al logro de la meta prevista;^{40,41} y la integración y organización de la estructura, el proceso y los resultados relativos a la atención médica, de tal manera que pudieran asegurar y garantizar una atención médica con calidad.¹⁶⁻²⁰

En la década de 1980 aparecieron conceptos más elaborados, como los de Donabedian, quien afirma que la calidad es “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”, o como “un adecuado balance entre los riesgos a que fue sometido un paciente y los beneficios logrados”, o bien como “la práctica correcta de los aspectos técnicos de la medicina y la administración de las amenidades que satisfagan al paciente”.^{16-20,61}

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.⁶²

Por otro lado, la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), de EUA, la define como “hacer las cosas correctas y hacerlas bien”.^{38,39}

El Instituto de Medicina de EUA, considera que la calidad es “el grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”.⁶³

Como se puede observar, cada uno de ellos aborda enfoques diferentes del problema, pero todos tienen razón en su enfoque: el directivo, el administrativo, el auditor, el evaluador, el sanitarista, etc., aunque hay autores que señalan que la calidad de la atención médica es un concepto multidimensional.⁶⁴

Al llegar a este punto surge la pregunta: ¿y cuál es la calidad de la atención que el paciente quiere, que el paciente espera?, ¿se le ha preguntado, o ¿o vamos a seguir decidiendo por él?

¿Cuál es la calidad que esperan los pacientes?

Las definiciones y conceptos presentados corresponden a lo que han dicho los expertos dedicados a estudiar el tema, pero: ¿qué es lo que esperan los pacientes?, ¿hay alguien con mayor experiencia en la calidad de la atención, que el paciente que la recibe? Valdría la pena tomarlos en cuenta. A través de encuestas presentadas en trabajos previos se logró tener alguna aproximación de lo que los pacientes esperan en cuanto a la calidad con que quieren ser atendidos.²⁸ Fue posible identificar ocho elementos fundamentales que agrupan las diferentes opciones presentadas:

- Que exista acceso efectivo a los servicios de salud.
- Que cuenten con la atención oportuna, sin que tengan que esperar, sin que las citas estén muy alejadas y sin que les suspendan las citas y las cirugías programadas..
- Ser atendidos por médicos y enfermeras bien preparados, que brinden un buen trato.
- No tener complicaciones a causa de la atención recibida en el hospital.
- Recibir un trato equitativo, con respeto a su dignidad como personas y ser tomados en cuenta para las decisiones que afecten su persona y su salud.
- Resultados de su atención congruentes con el pronóstico informado; si no se obtiene la curación, debe constar que se hicieron los mayores esfuerzos posibles.
- Que el personal del hospital sea amable y que el hospital esté cómodo, limpio, bien ventilado e iluminado; que sea un hospital seguro; que los equipos funcionen bien y tengan todo lo necesario, y que la atención no se interrumpa por problemas ajenos a su salud; que la comida esté buena y que no se cobre más de la cuenta.

Conforme al concepto de calidad derivado de la teoría de sistemas de Avedis Donabedian, la calidad se ubica en la estructura de los sistemas de salud, en el proceso de la atención y en los resultados de la misma. En este capítulo no se abordan los aspectos relacionados con la estructura, por considerar que no están directamente asociados con la actuación médica, sino únicamente lo referente al proceso de la atención y los resultados que de él se deriven.

Elementos constitutivos de calidad en el proceso de atención médica

Oportunidad

Una atención médica otorgada con oportunidad es la que se proporciona en el momento preciso que el paciente y sus condiciones de salud los requieren, para obte-

ner los mejores resultados. No necesariamente el momento oportuno es el que el paciente quiere, demanda o exige.

Es labor del médico informar al paciente cuál es el mejor momento para llevar a cabo un procedimiento, a fin de no afectar sus expectativas, en cuanto a lo que es una atención de calidad, por ejemplo, el requerimiento de una cirugía pronta en un paciente con diabetes o hipertensión mal controladas, en las cuales la práctica deberá ser diferida para prevenir riesgos innecesarios, hasta lograr un control satisfactorio de las mismas.

Competencia profesional

Para estar en condiciones de garantizar que el proceso de atención se desarrolle en forma correcta es necesario contar con la competencia profesional de las personas responsables de llevarlo a cabo. Para el logro de este objetivo es necesario, en primer término, una selección cuidadosa del profesional requerido, mediante la acreditación de una formación profesional, congruente con el puesto que se ofrezca, que cuente con la cédula profesional que lo acredite para su ejercicio y la certificación vigente por el Consejo de la Especialidad, que garantice la competencia profesional y la actualización del médico para el puesto que vaya a desempeñar.

Es necesario precisar que la cédula profesional y la cédula de la especialidad, otorgadas por la Dirección General de Profesiones, corresponden a un requisito legal para el ejercicio de la profesión y la especialidad, con base en la presentación del título y diploma correspondientes.

Sin embargo, esta documentación no acredita que el médico y el especialista cuenten con los conocimientos médicos científicos vigentes y que dispongan todavía de la pericia requerida para la práctica de los procedimientos a que su cargo los compromete, conforme a lo que está contenido en la Ley General de Salud vigente.^{66,67}

Después de la contratación será responsabilidad del médico mantenerse actualizado en los conocimientos y habilidades requeridos para otorgar una atención congruente con los conocimientos y pericia actualizados, y a través de ello renovar la vigencia de su certificación.⁶⁷

Como complemento de los conocimientos y pericia de un médico se requiere el desarrollo de experiencia a través de la práctica cotidiana, que le presenta un acervo considerable de diferentes vivencias que le permitirán desarrollar un mejor criterio y una habilidad mayor, para tomar mejores decisiones y resolver problemas imprevistos. El cumplimiento de los procedimientos establecidos y una actitud apropiada estarán a favor de una mejor relación médico-paciente y del esfuerzo conjunto para resolver los problemas de salud que sea necesario enfrentar.⁶⁸

Seguridad en el proceso de atención

La seguridad en el proceso de atención fue considerada como un compromiso formal en el proceso de atención médica hasta épocas recientes, en que han sido evidentes los daños a los pacientes, como consecuencia de eventos adversos y errores médicos.

En estudios realizados a nivel internacional se ha podido documentar que una proporción muy alta de pacientes sufren daños como consecuencia del proceso de atención médica; así, en Australia en un estudio sobre la calidad en los cuidados a la salud se informó que 16.6% de las admisiones hospitalarias están asociadas a un evento adverso.⁶⁹

Canadá reportó una incidencia de 7.5% de eventos adversos entre los pacientes hospitalizados;⁷⁰ Francia en una investigación prospectiva a nivel nacional sobre eventos adversos en pacientes hospitalizados encontró una incidencia de 5.1%;⁷¹ y España en un estudio nacional sobre efectos adversos encontró una frecuencia de 9.3%.⁷²

En EUA se llevó a cabo el reporte *Error es humano*, hacia un sistema de salud más seguro, que señala que entre 44 000 y 98 000 estadounidenses mueren cada año por errores médicos prevenibles.⁶⁰

Cuando un paciente acude a una unidad médica en busca de atención lo hace porque tiene la necesidad de recuperar su estado de salud o llevar a cabo las medidas necesarias para prevenir las enfermedades; sus expectativas son mayores cuanto mayor es el prestigio del servicio de salud al que acude o más alto es su “nivel de atención”.

Se espera también una atención expedita por parte de personal competente, que respete los principios éticos, pues en ningún momento el paciente tiene en mente la expectativa el sufrir un daño como consecuencia de la atención que va a recibir.

Sin embargo, las unidades de atención médica no son instalaciones seguras en ninguna parte del mundo; existen numerosos riesgos, que con frecuencia conducen a la producción de daños en cerca de 10% de los pacientes, como se menciona en párrafos anteriores, situación que seguramente generaría inconformidad en el paciente y su familia, y quizá una queja o una demanda.

En años recientes se ha puesto particular atención en los eventos adversos sufridos como consecuencia de fallas en la seguridad durante el proceso de atención, errores médicos e irresponsabilidad profesional.⁶⁸

La atención médica es un proceso en el que están involucradas una gran cantidad de variables, dependientes del médico, del paciente, de las instalaciones, de los medicamentos, de la administración, etc., muchas de ellas no conocidas. Esta gran cantidad de variables no conocidas y no controladas dan lugar a la existencia de riesgos.

Riesgo

Es una situación latente que puede dar lugar a que ocurra un incidente adverso.⁷³ Sería importante conocer cuáles son los riesgos principales a los que se puede enfrentar un paciente:

- Caídas de pacientes.
- Infecciones nosocomiales.
- Identificación equivocada del paciente.
- Prescripción y administración incorrecta de medicamentos.
- Errores en los procedimientos y la cirugía.
- Comunicación deficiente entre el personal.
- Carencia y falta de aplicación de normas de operación, manuales de procedimientos, protocolos de estudio y guías de práctica clínica.
- Participación deficiente del paciente y sus familiares.

Aunque la mayoría de estos riesgos no llegan a concretarse en daño para el paciente, permanecen latentes, no advertidos, sin control sobre ellos y sin prevención de sus consecuencias hasta que coinciden con un factor adyuvante, que contribuye a producir el daño en el paciente.

El daño para un paciente, como consecuencia de un riesgo no advertido, no previsto y no controlado, se presenta en forma de un evento adverso y, en el peor de los casos, como un evento centinela. Se hace necesario establecer conceptos, para lo cual se proponen los siguientes.

1. Evento adverso: es el “daño imprevisto ocasionado al paciente, como consecuencia del proceso de atención médica”.⁷⁴ Los eventos adversos que se presentan con mayor frecuencia incluyen:

- Caídas de pacientes.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Trauma en el momento de nacer.
- Complicaciones de procedimientos.
- Retraso en el tratamiento.
- Úlceras por presión.
- Prescripción incorrecta de medicamentos.
- Complicaciones quirúrgicas.
- Reacciones adversas a medicamentos.
- Lesión vaginal durante el parto.

Sin embargo, cuando el daño ocasionado al paciente es importante, al grado de colocarlo en una situación grave que comprometa seriamente su salud o su vida, se transforma en un evento centinela.

2. Evento centinela: es un “hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, pone en ries-

go su vida, le deja secuelas, produce una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”.⁷⁴

De acuerdo con la JCAHO, los eventos centinela más importantes por su trascendencia, su frecuencia y su gravedad incluyen los siguientes:

- Muerte materna.
- Infección hospitalaria mortal.
- Suicidio prevenible.
- Caída de pacientes con secuelas.
- Transfusión de sangre incompatible.
- Trauma en el momento del nacimiento con secuelas.
- Complicaciones quirúrgicas graves.
- Reacciones adversas graves a medicamentos.
- Accidente anestésico.
- Retención de material o instrumental quirúrgico.
- Cirugía en el paciente, la región o el órgano equivocados.
- Fuga de paciente.
- Alta del paciente con familiar equivocado.
- Robo de infante.

Aunque lo habitual es que los eventos centinela ocurran con mucha menor frecuencia que los eventos adversos “simples”, su trascendencia para el paciente es tan alta, que requiere la movilización del sistema de salud en forma conjunta, para dar una respuesta inmediata, con el propósito de evitar el daño, minimizarlo o prevenir sus consecuencias. En ocasiones se debe considerar la necesidad de tener que dar una explicación y pedir una disculpa, que a veces es suficiente para evitar una queja o una demanda.

Se puede calificar como seguro a aquello que se encuentre libre y exento de peligro, riesgo, error o daño, o nos dé certeza y confianza; es decir, un lugar o sitio libre de todo riesgo.⁷³ En el caso de una unidad de atención médica, será segura aquella en la que no ocurran daños como consecuencia de la atención que reciben los pacientes; aquella que esté libre de eventos adversos.⁷⁴

La existencia de riesgos en una unidad médica y la transformación de estos riesgos en daños para el paciente depende del funcionamiento correcto de los sistemas de seguridad de esa unidad médica.

Se propone como concepto de seguridad hospitalaria el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basados en evidencia científicamente probada, dirigidos a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o a mitigar sus consecuencias.

Como se puede observar en este concepto, la seguridad hospitalaria tiene implicaciones que van mucho más allá de un “error” o una negligencia médica. En los problemas de seguridad influye inicialmente el entorno en el cual se desarro-

lla el proceso de atención médica, como consecuencia de una posible sobre demanda de atención, problemas climatológicos, problemas de organización administrativa, disponibilidad de recursos para otorgar la atención médica, suficiencia de personal y otros. De aquí se deriva el concepto de atención médica segura, en la que existe ausencia de daño como consecuencia de la atención médica, que está libre de eventos adversos y eventos centinela.⁶⁸

Es necesario considerar la seguridad hospitalaria en casos de desastre, como la capacidad operativa del establecimiento durante y después de un desastre, en función de la organización técnica y administrativa de su personal, para responder a dichas situaciones.⁷⁵

Es indispensable que las instalaciones donde se otorga la atención médica cuenten con los elementos de seguridad necesarios que permitan garantizarla, en casos de contratiempos climatológicos, sismos e incendios, incluyendo sus características constructivas, como la disponibilidad de mecanismos para su control, la iluminación y ventilación adecuadas, la existencia de sistemas de alarma y la organización, para que en caso necesario se lleve a cabo su evacuación se respalde en forma significativa la seguridad de los pacientes. La realización de simulacros facilitaría su aplicación.

Se debe contar con rutas de evacuación señaladas y de fácil acceso, rutas para discapacitados y aditamentos para la prevención de caídas en escaleras y baños de pacientes, familiares y personal.

El equipamiento debe ser suficiente y congruente con el nivel de atención que se ofrece, debiendo garantizar su mantenimiento adecuado, que permita disponibilidad inmediata, para la atención de pacientes, con calidad y sin riesgo de accidentes. En este rubro, de primordial importancia, es el funcionamiento adecuado y seguro de los elevadores, como consecuencia de un mantenimiento escrupuloso.

Los medicamentos y el material de curación deben ser suficientes en cantidad, y suministrados con oportunidad y con un control de calidad estricto, que permita asegurar un riesgo mínimo de eventos adversos.⁶⁵

El personal debe ser suficiente, conforme a la plantilla autorizada, sujeto a un proceso de selección escrupuloso y con la preparación requerida para otorgar atención médica con oportunidad, competencia profesional y calidad, respaldada por los mecanismos de certificación por los consejos de las especialidades correspondientes, que garanticen su competencia profesional y la actualización de sus conocimientos y habilidades.⁶⁵

La administración y el diseño organizacional de los recursos y de los procesos debe permitir una atención eficiente, sin distractores ni aplazamientos. Es necesario que los procesos estén estandarizados y preferentemente certificados.⁶⁵

En la organización del proceso de atención médica el cuerpo de gobierno de la unidad médica debe contar con un diagnóstico situacional actualizado de la

misma, habiendo identificado los problemas que la afectan, los sistemas de atención que tengan eficiencia o calidad deficientes de la atención, así como los programas para resolverlos y mejorarlos.⁶⁵

Bajo la responsabilidad de los cuerpos de gobierno, jefes de los servicios clínicos, médicos, enfermeras y personal en general, los hospitales deben contar con un sistema de seguridad hospitalaria, a cargo del Comité de Calidad y Seguridad Hospitalaria, que permita identificar, registrar, prevenir y atender en forma oportuna los eventos adversos.⁷⁶ Es responsabilidad de todos ellos poner en práctica las medidas de seguridad, empezando por prestar atención especial a los principales riesgos determinados por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.^{77,78}

En primera instancia se determinaron cinco prioridades (*high five*):

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación correcta de pacientes.
3. Comunicación durante la entrega de pacientes.
4. Realización del procedimiento en el paciente y lugar del cuerpo correctos.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.

Sin embargo, posteriormente se agregaron cuatro prioridades más (*four more*):

1. Asegurar la precisión de la medicación durante las transiciones asistenciales.
2. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
3. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
4. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.

En 2005 la Secretaría de Salud difundió a través de su boletín, *Seguridad del paciente*, las 10 acciones para la seguridad del paciente,^{79,80} las cuales incluyen:

1. Identificación del paciente.
2. Manejo de medicamentos.
3. Comunicación clara.
4. Uso de protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas.
5. Cirugías y procedimientos.
6. Caída de pacientes.
7. Infecciones nosocomiales.
8. Factores humanos.
9. Corresponsabilidad del paciente en cuanto a su enfermedad y tratamiento.
10. Clima de seguridad para el paciente.

Haciendo referencia específica a los aspectos relativos a la seguridad quirúrgica, la Organización Mundial de la Salud, a través de la Alianza Mundial para la Segu-

ridad de los Pacientes, ha implantado la Lista de verificación quirúrgica (*surgical check list*), con el propósito de mejorar la seguridad y prevenir los eventos adversos en los quirófanos, mediante una estrecha vigilancia preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria.⁸¹

El cumplimiento de la normatividad vigente, como elemento fundamental para la prevención de eventos adversos, está determinado por la actualización de las normas, su difusión amplia, la comprensión de su contenido, la competencia profesional y la pericia y experiencia de quienes deben cumplirlas; es por ello que la supervisión del cumplimiento de su aplicación por parte de personal calificado es indispensable, en especial en lo referente a las medidas de seguridad para el paciente.

Para la prestación de la atención médica, sobre todo cuando en la unidad médica existen médicos especialistas en proceso de formación, es necesario contar con protocolos de atención generales y específicos para cada padecimiento y guías de práctica clínica.

No todos los eventos adversos pueden ser evitados, a pesar de que se haga lo necesario para prevenir los riesgos, detectarlos, eliminarlos y en su caso mitigar sus consecuencias.

Conforme a lo señalado en los párrafos previos, los eventos adversos pueden ocurrir como consecuencia de un error de médico o sin que éste se presente. Se hará referencia a la responsabilidad que los médicos tienen en ello, considerando que el error médico es el elemento fundamental en la seguridad del paciente durante el proceso de atención, por lo que se analiza con detalle.

Nos enfocaremos en el análisis de los eventos adversos y los eventos centinela, con referencia a su origen y su derivación del error médico y de la mala práctica médica.

¿Cuál es el concepto de error médico? Se propone que un error médico es “la conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto o ejecutar una acción en forma inadecuada”.⁷⁴

En este concepto, como factor determinante del error médico, se incluye el criterio médico, cuyo concepto también merece ser analizado.

Cuando en la práctica médica se toma una decisión evidentemente correcta y otra evidentemente incorrecta el riesgo de equivocarse es mínimo; simplemente se tomaría la decisión correcta y se desecharía la incorrecta. Pero cuando no existe una decisión evidentemente correcta ni una evidentemente incorrecta, el médico tiene que hacer uso de su criterio, para tomar la mejor decisión o, en el peor de los casos, la menos mala y así procurarle al paciente el “mal menor”,⁸² aunque exponiéndose al error. Se propone el siguiente concepto de criterio médico:

Criterio médico es el “juicio clínico tendiente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, con base en la competencia profesional, la aplicación de

los principios éticos de la práctica médica, la experiencia y la evidencia disponible”.⁷⁴ El mejor criterio médico redundará en el menor error y el criterio será mejor cuanto mayor sea la competencia profesional del médico.

Los médicos tienen como responsabilidad primaria el beneficio del paciente, para lo cual deben asumir la responsabilidad prioritaria de reducir el error a su mínima expresión, como consecuencia de la aplicación de criterios que permitan tomar la decisión correcta. Para lograr este propósito es indispensable otorgar la atención con oportunidad y contar con la competencia profesional requerida, en cuanto a la disposición de conocimientos médicos vigentes, la pericia necesaria para realizar los procedimientos requeridos, la experiencia para aplicarlos en el momento oportuno, la utilización de evidencias disponibles y una actitud asertiva.

Pedro Saturno, el maestro de la calidad de la atención de la Universidad de Murcia, presenta un conjunto de postulados, dignos de ser tomados en cuenta.⁸³ Dice Saturno que:

- Los fenómenos de la naturaleza están sujetos a dos grandes paradigmas: el físico y el biológico. El paradigma físico está sujeto a leyes matemáticas, es predecible y está estructurado, en tanto que el paradigma biológico es impredecible, adaptativo, reactivo y creativo.
- La medicina y su práctica se encuentran en el paradigma biológico, sujeto a cambios y a incertidumbre, que estimulan la creatividad y la innovación. La medicina no es una ciencia exacta.
- En la práctica médica cada paciente implica una situación inédita que requiere todos los conocimientos, habilidades y experiencia del médico.
- El proceso de normar y estandarizar la atención médica no puede ser exhaustivo ni a detalle, ni auditable, sino general y abierto.
- El médico debe tener un grado considerable de autonomía que le permita tomar decisiones creativas, desarrollar nuevos criterios y tomar la iniciativa, por arriba de las normas, especialmente en situaciones críticas.

Los postulados de Saturno llevan a varias reflexiones:

- La máxima que dice: “no hay enfermedades, sino enfermos”, para indicar que una enfermedad se puede comportar de maneras diferentes en pacientes distintos.
- No existe certeza de que dos pacientes similares respondan en la misma forma a un mismo tratamiento.
- Ante situaciones inéditas, no poco frecuentes en medicina, en que un protocolo de atención o una guía de práctica clínica quedan rebasados, el médico debe hacer uso de su iniciativa y su creatividad, para ofrecerle al paciente una alternativa diferente que le permita mejores expectativas.

- Cuando por las necesidades del paciente es necesario apartarse de la normatividad vigente, el médico se expone nuevamente al error, a ser sancionado por una auditoría y a que se le considere responsable del posible daño sufrido por el paciente. Como respaldo para superar esta crítica, el médico cuenta con el expediente clínico, donde debió haber fundamentado su decisión, utilizando sus conocimientos y las evidencias disponibles.
- Es indispensable en los procedimientos que representen un riesgo o que impliquen mutilación para el paciente contar con el consentimiento otorgado por escrito por el paciente, previa información.

Como consecuencia de lo anterior, viene a colación otro aforismo: la mejor forma de no errar en medicina es no practicarla.

Khon y Corrigan⁶⁰ admitieron que errar es humano, al tiempo que aceptaron que la mayor parte de los eventos adversos son prevenibles.

El expediente clínico sigue siendo herramienta fundamental en el proceso de calidad de la atención médica, para lo cual debe estar integrado conforme a la normatividad vigente^{64,65} y estar disponible para ser consultado en los casos que se requiera; deben constar en él una historia clínica completa, el seguimiento de la evolución del paciente y las órdenes médicas, con la firma del médico que las elaboró y con la claridad requerida.

Es importante que el médico tratante, responsable del paciente, lo conozca con detalle, particularmente si se va a administrar un tratamiento que represente riesgo o se va a practicar una intervención quirúrgica; la delegación de actividades no equivale a la delegación de responsabilidades, siendo el médico tratante quien conserva la responsabilidad.

La institución debe garantizar la disponibilidad permanente de médicos competentes para resolver los problemas que presenten los pacientes. El exceso de confianza, la fatiga y el estrés del personal de salud representan un riesgo para el paciente.

Las consecuencias de una atención médica de mala calidad, la presencia de eventos adversos y el error médico se hacen evidentes al evaluar los resultados de la atención. Cuando un paciente que debió haber sido curado a través del proceso de la atención y eso no ocurrió, cuando su padecimiento debió haber sido controlado o mejorado y no fue así, cuando un paciente sufrió complicaciones o secuelas de su padecimiento como consecuencia de mala práctica, de un evento adverso o de evento centinela el propio paciente o su familia estarán ante la alternativa de manifestar su inconformidad a través de una queja o una demanda, por no haberse visto satisfechas sus expectativas. Nos enfocaremos en el concepto de queja médica.

La queja médica es la "inconformidad manifiesta con la atención médica recibida, presentada por la persona que recibió la atención, o por sus representantes,

ante las instancias competentes para recibirla, atenderla y realizar las acciones pertinentes para resolverla.⁵⁷⁻⁵⁹

La CONAMED considera que la queja es la “petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de un árbitro, en razón de impugnar la negativa de servicios médicos o la irregularidad en su prestación”.⁶⁶

La queja médica recibida estará sujeta a un análisis por parte de expertos (CONAMED), en los aspectos médicos y legales. Con la participación de estos expertos se determinará la existencia o ausencia de mala práctica, la existencia de daño temporal, permanente o en su caso la muerte del paciente y la responsabilidad profesional en que hubieran incurrido el personal de salud o la institución. Según el caso, se promoverá la conciliación o en su caso se emitirá un dictamen, con categoría de laudo y con validez legal.

La mala práctica médica se puede establecer como el “daño ocasionado al paciente durante el proceso de atención médica a causa de falta de oportunidad, incompetencia o falta de respeto a los principios éticos de la práctica médica”.^{57,68} Los abogados caracterizan la mala práctica médica como un “acto culposo atribuido al médico, a causa del ejercicio inadecuado de la medicina”.⁶⁸

Así, la culpa es la “responsabilidad profesional del médico por haber omitido la conducta requerida para prevenir o evitar el daño o bien haber realizado una conducta diferente a la requerida, siendo ésta exigible, por negligencia, impericia o dolo”.⁶⁸ Los elementos constitutivos de culpa incluyen falta de precaución, falta de previsión del resultado y existencia de una relación causa-efecto entre el acto médico y el daño ocasionado.

La responsabilidad profesional del médico es la “obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores cometidos en el ejercicio de su profesión”.⁶⁸ Las consecuencias de los actos, omisiones y errores cometidos se ubican en tres niveles de gravedad: daño temporal, daño permanente o la muerte del paciente.

La reparación o satisfacción de las consecuencias de la práctica profesional en la CONAMED pueden ocurrir a través de un proceso conciliatorio o laudo, mediante una indemnización y el reintegro de gastos generados por la atención médica y en su caso de los honorarios médicos.

En los tribunales las sanciones serán las correspondientes a las disposiciones legales vigentes. Así como no todos los eventos adversos son causados por error o mala práctica médica, tampoco todos los errores médicos causan daño para el paciente ni todos pueden ser calificados como mala práctica.

Por otra parte, existen condiciones excluyentes de responsabilidad profesional para el médico, como cuando no es factible establecer la relación causa-efecto entre la práctica médica y el daño ocurrido; el daño es atribuible a la idiosincrasia propia del paciente, a incidentes o a accidentes no previsibles; el efecto adverso

es imputable al procedimiento del cual el usuario compartió el riesgo con el médico, al otorgar su consentimiento válidamente informado para la práctica de un procedimiento o cirugía; y cuando el médico actuó para proteger la vida o la integridad corporal del paciente. El hecho de que se cuente con el consentimiento informado no excluye de la responsabilidad por mala práctica médica.⁶⁸

En la CONAMED hay un número significativo de efectos adversos que no están relacionados con mala práctica médica, sino con la existencia de fallas estructurales u organizacionales, en cuyo caso la responsabilidad se asigna a nivel institucional, como el desabasto de insumos o insumos inapropiados, equipamiento insuficiente y con un funcionamiento inadecuado, personal médico insuficiente y suplencias con personal sin la suficiente capacitación.⁶⁸

Se sabe también que existen eventos adversos cuya responsabilidad radica en el paciente y sus familiares. Tal es el caso de las pacientes que no acuden a sus consultas prenatales, que no cumplen con las medidas de prevención y detección oportuna indicadas por su médico, y que no siguen los cuidados indicados o no cumplen la prescripción de medicamentos.⁶⁸ Una atención médica otorgada con calidad tiene como preceptos inherentes los relacionados con el respeto de los principios éticos de la práctica médica⁸⁷⁻⁹¹ y la prevención de los eventos adversos.

Ética médica

Es inherente al proceso de atención; su cumplimiento es el elemento indispensable de una atención médica con calidad. Como concepto de ética médica se propone que es una “disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”.^{88,90,91} Para que la atención médica esté sustentada en la ética médica se requieren principios éticos de la práctica médica; se propone incluir los siguientes:^{88,90,91}

- Principio de beneficencia.
- Principio de equidad.
- Principio de autonomía.
- Principio de confidencialidad.
- Principio de respeto a la dignidad.
- Principio de solidaridad.
- Principio de honestidad.
- Principio de justicia.

Principio de beneficencia

Establece que se deben “dirigir las acciones de la práctica médica al beneficio del paciente y de la sociedad”.^{88,90,91} El principio de beneficencia lleva implícito el

principio de no maleficencia, considerado como la proscripción de cualquier acto que pueda ocasionar daño para el paciente.

En la procuración del beneficio del paciente se debe tener en cuenta que cualquier acto médico lleva implícito el riesgo de un daño secundario no deseado, por lo que es necesario tener en cuenta tres preceptos fundamentales de la ética:⁸²

- Principio de la totalidad: señala que cuando el fin de la parte es el mismo que el fin del todo, la parte puede supeditarse parcial o totalmente al todo. Significa que es válido sacrificar un órgano enfermo para preservar la vida del paciente.
- Principio del mal menor: se aplica en caso de conflictos en que no existe una solución ideal y se debe elegir entre soluciones que implican algún daño, por lo cual se deberá inclinar por la que ocasione el mal menor.
- Principio del voluntario indirecto: cuando para lograr el efecto bueno pretendido, es necesario aceptar el efecto indeseable previsto (mal menor).

En estos casos invariablemente rigen las premisas de beneficiar al paciente y siempre evitar los actos intrínsecamente malos.

El principio de beneficencia incluye un conjunto de reglas que lo explican y lo fundamentan, a saber:

- La práctica médica se debe dirigir invariablemente al beneficio del paciente.
- Se debe prevenir y evitar cualquier daño para el paciente en la práctica médica y en la investigación.
- El bienestar de la persona tiene prioridad sobre el bienestar de la sociedad y sobre la ciencia.
- Respetar y atender de manera privilegiada a las personas vulnerables.
- Prevenir y evitar eventos adversos.
- Otorgar la atención médica con calidad.
- Asegurar el máximo beneficio con el mínimo riesgo.
- La investigación debe estar libre de riesgo para los pacientes.
- La práctica médica se debe otorgar con competencia profesional y con humanitarismo.
- La beneficencia debe alcanzar a terceros a través de la promoción de la donación de órganos.

Principio de equidad

Señala que “la atención médica se debe otorgar a los pacientes conforme a sus necesidades de salud, sin discriminación, estigmatización, distinciones, privilegios, ni preferencias”.^{88,90,91}

- La equidad incluye el sexo, la raza, la religión, la edad, la condición social, la condición económica, las convicciones políticas, las preferencias sexuales, las condiciones de invalidez física o mental, los padecimientos presentes, los honorarios que se pueda percibir, la condición legal o privación de la libertad, e inclusive las recomendaciones.
- La atención con equidad permite otorgar mayor atención a mayores necesidades de salud e igual atención a necesidades iguales, con respeto a la diversidad cultural y pluralismo, siempre y cuando no se afecte a terceros.
- Una forma común de falta de equidad en la atención médica es la diferencia en el trato a los pacientes que son institucionales y que son privados.

Principio de autonomía

Establece el “derecho de los pacientes adultos enfermos en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona”.^{88,90,91} El principio de autonomía incluye los siguientes preceptos:

- El paciente tiene derecho a tomar la decisión que más le convenga conforme a sus derechos, intereses y preferencias en la práctica médica y en la investigación, asumiendo siempre su responsabilidad y sin afectar los derechos de terceros.
- Para formalizar sus decisiones se cuenta con el consentimiento previo informado. El consentimiento debe ser individual y expreso, y puede ser revocado en cualquier momento, sin que exista ninguna sanción en contra del paciente.
- En niños y personas con limitaciones en sus facultades mentales la persona legalmente responsable tomará la decisión, teniendo en cuenta el beneficio del paciente, sus intereses y su opinión (decisión asociada). Su participación en trabajos de investigación siempre debe beneficiarlos, estar libre de riesgos y respetar su negativa a participar.
- El paciente tiene derecho a elegir y a que se le conceda el cambio de médico.
- Se cuenta con el derecho a evitar la obstinación terapéutica, principalmente con base en un testamento de vida (voluntad anticipada).

Principio de confidencialidad

Establece en forma obligatoria el “derecho del paciente a que se respete el secreto en la información proporcionada al médico durante la relación profesional”.^{88,90,91} Los preceptos que regulan este principio establecen que:

- La información proporcionada al personal de salud por el paciente sólo puede ser usada para los fines para los cuales se obtuvo.
- La relación médico paciente es una relación privada y el paciente tiene derecho a exigirla.

- El secreto profesional incluye la información contenida en el expediente clínico y los comentarios hechos en conversaciones informales.

Principio de respeto a la dignidad de los pacientes

Implica “otorgar atención al paciente en consideración a los derechos humanos, a las libertades fundamentales y universales, y a su conciencia, su voluntad, sus principios, sus derechos y su condición de enfermo”.^{88,90,91} Los preceptos incorporados al respeto de la dignidad de las personas incluyen:

- Respeto a los derechos humanos.
- Respeto a las libertades fundamentales.
- Respeto a su intimidad.
- Respeto a su pudor.
- Respeto a sus principios morales y religiosos.
- Trato con la consideración que como ser humano requiere.
- Trato personalizado y amable.
- Atención y solución de las quejas que presente, derivadas del proceso de atención médica.
- Evitar la obstinación terapéutica.
- Atención a sus necesidades fisiológicas vitales.
- Procurarle una muerte serena.

Principio de solidaridad

Promueve el “compromiso del médico de compartir sus percepciones, sus conocimientos y su experiencia, con las personas que requieren de sus servicios, sus enseñanzas o su apoyo profesional”.^{88,90,91} Los preceptos que incorpora este principio incluyen:

- Solidaridad con los desprotegidos, con los pobres, con los colegas y sus dependientes económicos, y con sus maestros.
- Existe el compromiso de otorgar educación, capacitación y formación de alta calidad a nuevos médicos.
- Compromiso de compartir los conocimientos obtenidos a través de la investigación.
- Obligación de beneficiar a las personas que participaron en la investigación.
- Otorgar apoyo profesional a colegas que lo requieran o lo soliciten.

Principio de honestidad

Es el “valor del ser humano que lo conduce a actuar y a expresarse con apego a la verdad, a la ley, a las normas, a los principios éticos y morales y a la confianza

depositada en él”.^{88,90,91} Los preceptos que sustentan este principio comprometen a:

- Desempeñarse con veracidad, profesionalismo, integridad y transparencia.
- Corresponder a la confianza y cumplir con los compromisos establecidos con el paciente, con los superiores y con la institución.
- Requerir honorarios justos.
- Comprometerse a otorgar atención médica de alta calidad.
- Atender únicamente en la especialidad acreditada.
- Limitar la relación con el paciente y su familia a lo estrictamente profesional.
- Evitar conflictos de interés en beneficio propio.
- Evitar las dicotomías.
- Evitar la medicina defensiva.
- Evitar aparecer como autor en trabajos de investigación, en los que no hubiera participado.

Principio de justicia

Obliga a “otorgar la atención que requiera el paciente para satisfacer sus necesidades de salud, conforme a la ley, a la ciencia médica, a su padecimiento y a la razón”.^{88,90,91} Los preceptos que lo sustentan incluyen:

- Ejercer el derecho constitucional a la protección de la salud.
- Ejercer el derecho a la prevención, promoción y atención de la salud.
- Otorgar al paciente la atención que su padecimiento requiera.
- Está proscrito el abandono del paciente.
- Evitar la negativa de atención, especialmente en casos de urgencia.
- Evitar la práctica de procedimientos ilegales.

Los principios éticos de la práctica médica plantean numerosos dilemas y controversias como consecuencia de las corrientes diversas que se han dedicado a su estudio; algunos de ellos aún no son resueltos y continúan siendo motivo de análisis y discusiones, que pueden dar lugar a inconformidades y quejas.^{82,87-99}

Elementos constitutivos de calidad en los resultados de la atención médica

En relación con los elementos del concepto de calidad, relativos a los resultados, existen dos:

- Satisfacción de las necesidades de salud del paciente.

- Satisfacción del paciente y sus familiares con la calidad de la atención recibida.

La satisfacción con los resultados en materia de salud incluyen varios niveles, según la naturaleza del padecimiento de que se trate y el grado de solución del problema de salud.⁶⁵

Curación

Los pacientes que asisten a consultar a un médico habitualmente lo hacen considerando que su problema de salud será resuelto y que alcanzarán la curación de su padecimiento. Si el padecimiento es curable, el médico tiene el compromiso de realizar los esfuerzos necesarios para lograr su curación. Si la curación se logra, el objetivo de la atención se habrá alcanzado y el paciente estará satisfecho con ello.

Control

Existen un gran número de padecimientos, habitualmente crónicos, que por su naturaleza no son curables sino únicamente controlables; entre ellos están la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el colon irritable y la enfermedad ácido-péptica. Si el paciente acude con la expectativa de una curación es imperativo informarle lo más pronto posible sobre las posibilidades reales. En estas condiciones, si el padecimiento fue controlado seguramente estará satisfecho con el resultado, situación que debe ser seguida por una información detallada acerca de las medidas necesarias para que el padecimiento permanezca bajo control.

Mejoría

En algunas enfermedades crónicas no es factible alcanzar el nivel de control de la enfermedad, puesto que el nivel de deterioro de la salud no lo permite. Tal es el caso de la cirrosis hepática o de la insuficiencia renal crónica, en la cual la nefrosclerosis impide llegar a un control aceptable. En estos casos, a través de la diálisis peritoneal o la hemodiálisis y la administración de soluciones de bicarbonato, diuréticos, anabólicos, eritropoyetina y dietas muy rigurosas, se puede llegar a la mejoría del paciente, pero en el momento que éstas se interrumpen y el paciente egresa del hospital se inicia irremisiblemente el deterioro previo. El paciente tiene derecho a conocer esta situación, mientras que el médico tiene la obligación de mantenerlo informado, para que sus expectativas sean congruentes con la situación y brinde los medios que le correspondan para llevar a cabo los cuidados necesarios.

Paliación

En la etapa terminal de numerosos padecimientos, en la que han sido agotadas las opciones para ofrecerle al paciente algún tratamiento que le permita al menos mejorar su nivel de bienestar, ya no es posible controlar la enfermedad ni alcanzar una curación, como sucede en las enfermedades en fase terminal. En ellas, en las que ya no hay respuesta a los recursos terapéuticos disponibles, o en el caso de las neoplasias avanzadas, que no son susceptibles de ser extirpadas y en las que la quimioterapia y la radioterapia pudieran ocasionar más daño o malestar al paciente, es necesario pasar a las medidas paliativas, que proporcionen al paciente una supervivencia libre de dolor y angustia en las etapas finales de su existencia. El paciente debe estar consciente de esta situación, autorizarla y adecuar sus expectativas a la realidad vigente.

Apoyo moral

En todos los casos, pero sobre todo en los más graves, el paciente vive con niveles variables de angustia, que deben comprometer al médico a otorgar el apoyo moral que estos pacientes requieren, sobre todo en los casos terminales en los que el problema de ansiedad, angustia o depresión son más severos y difíciles de manejar, para lo cual se recomienda auxiliarse de expertos en tanatología, psicoterapeutas o psiquiatras.

Muerte serena

El médico debe asumir el compromiso de que el paciente llegue al momento de tránsito hacia la muerte o hacia otra vida, según la respetable concepción de “la muerte” de cada quien. Para ello es necesario no sólo ofrecerle la participación de los mejores médicos, psiquiatras, psicólogos y tanatólogos, sino que se requiere ofrecerle un ambiente cálido en el seno familiar, con la presencia de sus seres queridos y, si es posible, del médico en quien ha confiado.

Satisfacción de las necesidades de salud en salud pública

La satisfacción de las necesidades de salud a partir del enfoque de la salud pública hace referencia a la atención de las necesidades de salud de la sociedad, bajo la responsabilidad de las instituciones de salud:⁶⁵

- **Cobertura de los servicios de salud:** es de esperarse que 100% de la población esté protegida por los servicios de salud en forma integral, incluyendo prevención y detección oportuna de las enfermedades, atención integral y rehabilitación.

- **Desaparición o disminución de las enfermedades prevenibles:** es una consecuencia de la aplicación de esquemas de vacunación completos y la detección oportuna de enfermedades.
- **Disminución de la morbilidad y mortalidad:** es el resultado de una atención médica integral, llevada a cabo con oportunidad, eficacia, eficiencia, efectividad y calidad.
- **Incremento del promedio de vida y mejoría de su calidad:** se logra través de una atención médica integral.
- **Disminución de secuelas y discapacidades:** se sustenta en una atención médica oportuna y de calidad, así como en la aplicación puntual de las medidas requeridas de rehabilitación.

Satisfacción de las expectativas de los pacientes y familiares

Como parte del malestar inherente a la enfermedad que padecen y el nivel variable de angustia que éste ocasiona, los pacientes esperan recibir una atención humanista y, cálida, con información, esmero y comodidad, a través de los siguientes elementos:²⁸

- **Acceso efectivo a los servicios:** los pacientes y su familia esperan que los servicios de salud sean accesibles en cuanto a la distancia que es necesario recorrer para recibirlos, la disponibilidad y los costos de transporte, así como que no existan aplazamientos, tiempos de espera excesivos y trámites administrativos burocráticos que impidan su consecución, y que se otorgue la atención médica, bajo los preceptos de calidad.
- **Oportunidad:** se espera que una vez que hubieran acudido a los servicios de salud, la atención se otorgue sin tiempos de espera prolongados, aplazamientos, cancelación de la cirugía o de la hospitalización, particularmente en casos que requieran atención urgente o puedan complicarse.
- **Instalaciones adecuadas y recursos suficientes:** en congruencia con el tipo de padecimiento, la gravedad y el nivel en que se otorgará la atención, el paciente y sus familiares esperan que existan instalaciones adecuadas, en cuanto a suficiencia, iluminación, ventilación, comodidad, equipos requeridos, material y medicamentos necesarios.
- **Personal suficiente y competente:** se espera que la unidad de atención médica cuente con el personal necesario para otorgar la atención que se requiere, con los conocimientos y la pericia necesarias, que permitan alcanzar los resultados previstos.
- **Continuidad de la atención:** teniendo en cuenta la suficiencia de recursos y el personal necesario, se espera que la atención sea continua, sin interrupciones ni suspensiones por fallas en la organización.
- **Información:** el paciente y sus familiares desean estar informados perma-

nentemente del programa de estudio y tratamiento que se están llevando a cabo, y de sus resultados, así como de la evolución del paciente, con el propósito de participar en las decisiones sobre el mismo, otorgando su consentimiento.

- **Trato personalizado y amable:** el trato del médico hacia el paciente debe ser individual y personalizado, es decir, haciendo referencia a la persona y no a un número de cama ni a un número de expediente, mediante un trato amable, propio del que requiere una persona enferma, considerando su pudor y su dignidad como persona.
- **Satisfacción de las necesidades de salud:** como conclusión del proceso de atención médica el paciente y su familia esperan que se cumpla con sus expectativas.

REFERENCIAS

1. **Lee RI, Jones LW:** The fundamentals of good medical care. The University of Chicago Press. 1933. Fragmento de la introducción. *Rev Salud Públ Méx* 1990;32(2):245-247.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos: Auditoría médica. *Bol Méd IMSS* 1960;II(Supl 6).
3. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos: Auditoría médica. Noveno número de la serie de Instrucciones Médicas y Médico Administrativas. México, 1962.
4. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Dirección de Servicios Médicos: Auditoría médica. 1982.
5. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado: *Manual de evaluación de la calidad de la atención médica, a través del expediente clínico en unidades médicas de segundo y tercer nivel*. México, 1986.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Evaluación Médica: Instrucciones. México, 1972.
7. **Pérez ÁJJ:** Evaluación médica. *Bol Méd IMSS* 1974;16:281.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica: *El expediente clínico en la atención médica*. Instrucciones. México, 1973.
9. **González MF, Pérez ÁJJ, Lee RAF:** Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. *Bol Méd IMSS* 1975;17:7.
10. **Lee RAF, Remolina BM, González MF, Pérez ÁJJ:** Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México. *Bol Médico IMSS* 1975;17:187.
11. **Hernández BOM, Lee RAF, Pérez ÁJJ, González MF:** Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Méd IMSS* 1975;17:482.
12. **De la Fuente GL, Santisteban PB, González MF, Pérez ÁJJ:** Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica. *Bol Médico IMSS* 1976;18:295.
13. **Maqueo OP, Pérez ÁJJ, Lee RAF, González MF:** Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera parte. *Bol Méd IMSS* 1976;18:18.

14. **Riva CG, Aizpuru BE, Limón DR, González MF, Lee RAF et al.:** Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda parte. *Bol Méd IMSS* 1976;18:60.
15. **Hernández RF, Mogollan CR, Elizalde GH, Pérez ÁJJ, Lee RAF et al.:** Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tercera parte. *Bol Méd IMSS* 1976;18:86.
16. **Donabedian A:** *The definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.
17. **Donabedian A:** *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación.* México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.
18. **Donabedian A:** Dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. *Salud Púb Méx* 1990;32:2:113–117.
19. **Donabedian A:** *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio.* México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.
20. **Donabedian A:** Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Púb Méx* 1993; 35(3):238–247.
21. **González PJ, Merelo AA, Aguirre GHG, Cabrera HJA:** Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas. *Rev Méd IMSS* 1984;22:407.
22. Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud: *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud.* Secretaría de Salud, 1987.
23. **Ruiz de Chávez M, Martínez NG, Calvo RJM, Aguirre GHG et al.:** Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Púb Méx* 1990;32:156–69.
24. **Ruelas BE:** Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Púb Méx* 1990;32(2):108–109.
25. **Ruelas BE:** Calidad productividad y costos. *Salud Púb Méx* 1993;35(3):298–304.
26. **Ruelas BE, Vidal PLM:** Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Púb Méx* 32:2:225–231.
27. **Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB, Vidal PLM, Karchmer KS:** Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad en la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Púb Méx* 1990;32(2):207–220.
28. **Aguirre GHG:** Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Púb Méx* 1990;32(2):171–180.
29. **Aguirre GHG:** Evaluación y garantía de las calidad de la atención médica. *Salud Púb Méx* 1991;33:623–629.
30. **Aguirre GHG:** Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. seguimiento a un año en el avance de su solución. *Cir Ciruj* 1995;63:110.
31. **Aguirre GHG:** Programa de mejora continua. Resultados en 42 unidades médicas de tercer nivel. *Rev Med IMSS* 1999;37(6):473–480.
32. **Aguirre GHG:** Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004–2006. *Rev Med IMSS* 2008; 46(5):571–580.
33. **Aguirre GHG:** Certificación de hospitales. *Gac Med Méx* 1996;132:191–193.
34. Consejo de Salubridad General, Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud: *Certificación de establecimientos de atención a la salud.* México, Consejo de Salubridad General, 1999.
35. **Ruelas BE:** El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México. *Rev CO-NAMED* 2009;14(3):5–10.

36. 2000 Accreditation Standards: *Standards intents*. JCAHO. Oakbrook Terrace, 2000. Citado por Saturno PJ, referencia 37.
37. **Saturno PJ**: *Acreditación de Instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud*. Módulo 7. Programas externos. Unidad Temática 38. Universidad de Murcia, 2001.
38. Wikipedia, the free encyclopedia: *Joint Commission*. 2011:6.
39. Joint Commission FAQ. <http://www.jcaho.org>.
40. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Premio IMSS de Calidad*. México, 1998.
41. Instituto para el Fomento a la Calidad Total: *Premio Nacional de Calidad*. www.premionacionaldecadidad2011.
42. ISO 9001:2000: *Sistema de gestión de calidad*. Citado por Saturno PJ, referencia 37.
43. Ministerio de Fomento: *Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2000*. España, 2005.
44. International Organization for Standardization: *Norma ISO 1013:1995. Lineamientos para el desarrollo de manuales de calidad*. Ginebra, 1995.
45. Instituto Mexicano de Normalización y Certificación: *Sistemas de gestión de calidad—directrices para la mejora del proceso en organizaciones de servicios de salud*. PROY—NMX—CC—024—INMC—2008.
46. Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). <http://es.wikipedia.org/wiki>.
47. **Saturno PJ**: *Diagnóstico organizacional. Importancia en la implantación y funcionamiento de los programas de gestión de la calidad. Manual del Master en Gestión de la Calidad en los servicios de salud*. Módulo 2. Diseño e implantación de programas de gestión de la calidad. Unidad temática 8. Universidad de Murcia, 1999.
49. **Saturno PJ**: *Análisis de las organizaciones sanitarias con el modelo de la Fundación Europea para la Calidad. Manual del Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud*. Módulo 8: Diagnóstico organizacional. Unidad Temática 43. Universidad de Murcia, 2001.
50. **Peña GM**: El modelo europeo. *Nursing* 2004;22(10):62–65.
51. **Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez MJ, Aranaz J, Sitges E**: La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 1998;13:92–97.
52. **Simón R, Guix J, Nualart L, Surroca RM, Carbonell JM**: Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:308–312.
53. **De Moraes NH, Paganini JM**: *Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
54. **Arce HE**: Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *Int J Quality Health Care* 1999;11(5):425–428.
55. **Feld S, Rizzi CH, Goberna A**: *El control de la atención médica*. Buenos Aires, López Libreros, 1978:352.
56. **Heidemann E**: The ALPHA program. *Int J Quality Health Care* 1999;11(4):275–277.
57. Presidencia de la República: Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Diario Oficial de la Federación*, 3 de junio de 1993.
58. **Aguirre GHG, Campos CM, Carrillo JA**: Análisis crítico de las quejas presentadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 1996–2007. *Rev CONAMED* 2008;3(2):5–16.
59. **Hernández TF, Aguilar RMT, Santacruz VJ, Rodríguez MAI, Fajardo DG**: Quejas médicas y calidad de la atención a la salud. *Rev CONAMED* 2009;14:26–43.

60. **Fajardo DG, Hernández TF, Santacruz VJ, Hernández ÁM, Kuri M et al.**: Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996–2007. *Salud Pùb Méx* 2009;51–2:119–125.
61. **Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS**: *To err is human: building a safer health system*. Washington, National Academy Press, 2000.
62. **Donabedian A**: Los siete pilares de la calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2001:S96–S100.
63. **Roemer MI, Montoya AC**: *Quality assessment and assurance in primary health care*. Ginebra, World Health Organization, 1988.
64. Instituto de Medicina, Medicare: *Una estrategia para el aseguramiento de la calidad*. Vol. I. Washington, National Academy Press, 1990.
65. **Suñol R, Bañeros J**: Calidad asistencial. En: Rodés J, Guardia J: *Medicina interna*. Vol. II. Barcelona, Masson, 2004;8(26):3404–3410.
66. **Aguirre GHG**: *La calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*. México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Noriega, 2002:388.
67. Secretaría de Salud: Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 10 de junio de 2011.
68. Secretaría de Salud: Decreto por el que se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona los artículos 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2 y 272 Bis 3 de la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 1 de septiembre de 2011.
69. **Aguirre GHG, Zavala VJA, Fajardo DG**: Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cir Ciruj* 2010;78:456–462.
70. **Wilson RM, Runciman WB, Giberd RW, Harrison BT, Newby L et al.**: The quality in Australian Health Care study. *Med J Aust* 1995;163:458–471.
71. **Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A et al.**: The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678–1686.
72. **Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud Vialle S, de Sarasqueta AM**: French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 369–77.
73. **Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P**: *Estudio Nacional sobre Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
74. *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*. 22ª ed. Madrid, 2002.
75. **Aguirre GHG**: El error médico. Eventos adversos. *Cir Ciruj* 2006;74:495–503.
76. OPS/OMS2008. www.crid.or.cr/digitalización/pdf/spa/doc/17924/doc117924-e.pdf.
77. **Aguirre GHG**: Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente. *Rev CONAMED* 2008;13:6–14.
78. World Health Organization: *The launch of the World Alliance for Patient Safety*. Washington, 27 de octubre de 2004.
79. World Health Organization: *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. Geneva, WHO Library, 2004.
80. **Sarabia GO, Tovar VMW**: Diez acciones básicas para mejorar la seguridad del paciente. Seguridad del paciente. *Boletín* 2005;1:4–6.
81. **Sarabia GO, Tovar VMW**: Diez acciones básicas para mejorar la seguridad del paciente. Seguridad del paciente. *Boletín* 2005;2:4–6.
82. World Health Organization: *Surgical safety checklist (first edition)*. Washington, 2008.
83. **García AL**: Principios morales de la bioética. *Rev CONAMED* 2007;12(1):9–19.
84. **Saturno PJ**: *Análisis del liderazgo en los servicios de salud. Manual del Master en gestión*

- de la Calidad en los servicios de salud. Módulo 8. Diagnóstico Organizacional. Unidad temática 40. Universidad de Murcia, 2001.
85. Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 2012.
 86. Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Del expediente clínico electrónico. *Diario Oficial de la Federación*, 30 de noviembre de 2012.
 87. Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Diario Oficial de la Federación*, 21 de enero de 2003.
 88. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. París, 2006.
 89. Aguirre GHG: Principios éticos de la práctica médica. *Cir Ciruj* 2004;72:503-510.
 90. Aguirre GHG: La ética y la calidad de la atención médica. *Cir Ciruj* 2002;70:50-54.
 91. Aguirre GHG: Principios éticos de la práctica médica. *Ética clínica*. Corinter, 2006:43-60.
 92. Aguirre GHG: Principios éticos de la práctica médica. *Gestión hospitalaria*. Guadalajara, Investigación, Difusión, Educación y Asesorías, 2007:65-85.
 93. Rivero Weber P: *Apología de la inmoralidad. Ética en el ejercicio de la medicina*. México, Médica Panamericana, 2006:1-12.
 94. Aguirre GHG: Aspectos éticos de la seguridad del paciente. *Gestión de la calidad y seguridad clínica*. Guadalajara, Investigación, Difusión, Educación y Asesorías, 2010:163-201.
 95. Pérez TR: *Ética médica laica*. México, Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica, 2002:11-13.
 96. Garza GR: *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*. México, Trillas, 2000: 14-15.
 97. Sánchez TF: *Temas de ética médica*. Colombia, 2001:8-13. <http://encolombia.com/etica-medica-capitulo-1.htm>.
 98. Post SG (ed.): *Encyclopedia of bioethics*. 3ª ed. Nueva York, Macmillan Reference: Thomson/Gale, 2004:X1,278-286,796.
 99. Sgreccia E: *Manual de bioética*. México, Diana, 1994:35-37.
 100. Vázquez CR: *Bioética y ejercicio de la práctica médica. Derecho y medicina*. México, Fundación Mexicana para la Salud, Dirección General de Relaciones Públicas Nacionales e Internacionales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2008:369-378.

Liderazgo y comunicación efectiva

*Ricardo Fernando García Cruz, Lilia Cote Estrada,
Sara Gutiérrez Dorantes, Marycarmen Delgado Trujillo*

INTRODUCCIÓN

El liderazgo es la clave esencial para alcanzar el éxito en empresas y organizaciones. Para muchos autores la presencia y ejecución de un liderazgo efectivo en las personas que se encuentran en la cúpula de estas estructuras es el factor fundamental para obtener las metas propuestas. Sin embargo, aunque este concepto parece casi unánime, otros autores relevantes ven el actual liderazgo como un modelo arcaico que no es suficiente para ser competente y que debe ser renovado; las organizaciones inteligentes exigen una nueva perspectiva del liderazgo.¹ El estilo de liderazgo que predomina es el tradicional: directivas claras y manipulaciones bien intencionadas para lograr que la gente trabaje en conjunto para obtener metas comunes.

El liderazgo es un tema que siempre está vigente, está en la mesa de discusión, en las universidades, en los cursos de preparación y de actualización, en los medios, en las revistas de negocios y en los libros que continuamente ven la luz con este tema; está en asociaciones y organizaciones que se dedican a su enseñanza. Haga el lector un breve ejercicio y en su buscador preferido o en un metabuscador teclee la palabra “liderazgo” (también lo puede hacer con *leadership*); se sorprenderá del número de “entradas” que arroja la búsqueda y el tiempo que tarda.

Hay múltiples formas de estudiar el liderazgo, que van desde las distintas aristas que lo conforman y su relación con la administración, la psicología, la sociología, la ética, los negocios, la milicia, la educación, las asociaciones religiosas, etc.

Existen evidencias de los beneficios que se logran con un buen liderazgo. Aunque pareciera que es una herramienta meramente teórica y su aplicación es intangible y poco concreta, la realidad se contrapone con estas creencias, pues es totalmente aplicable y determinante para las organizaciones e indispensable para realizar cambios en los procesos de atención médica, tan necesarios en la actualidad para incorporar nuevas acciones, a fin de promover la seguridad del paciente.

El presente texto no pretende ser exhaustivo; más bien trata de algunos de los conceptos sobresalientes para comprender la importancia del liderazgo y de ser vivencial y reflexivo para que cada quien pueda identificar sus fortalezas y debilidades. Por otro lado, se describe de manera breve la experiencia de una unidad médica ante un liderazgo efectivo.

DEFINICIÓN

No existe una manera única de definir el liderazgo, además de que es un concepto dinámico y evolutivo. Se pueden definir algunas de las características necesarias para hablar de liderazgo; en esencia se requiere una persona que guía y un grupo de personas que son sus seguidoras, es decir, no puede haber un líder sin grupo. La intención es alcanzar objetivos comunes; las personas aceptan voluntariamente dichos objetivos y están motivadas para trabajar colectivamente y alcanzar metas grupales —no personales—; de ninguna manera es una acción coercitiva.

El liderazgo puede ser definido como “un proceso de influencia entre líderes y seguidores para alcanzar objetivos organizacionales a través del cambio”.² También se puede expresar como “un proceso mediante el cual un individuo (líder) logra influir en otros (seguidores) con el propósito de lograr objetivos o metas comunes”.³

Las definiciones de liderazgo son muchas; en ocasiones controvertidas hay acalorados debates en torno a su naturaleza y estilo, así como contiendas sobre su impacto. La diferencia entre administración y liderazgo más citada es la de John Kotter, que separa los procesos de gestión (planificación, plan presupuestal, organización, dotación de personal, control y la resolución de problemas) y los procesos de liderazgo que implican el establecimiento de la dirección, la alineación de las personas, la motivación y la inspiración. Para el sistema de salud del Reino Unido *The King's Fund* propone que el liderazgo se defina como el “arte de motivar a un grupo de personas para lograr un objetivo común”. Esto requiere una combinación de habilidades analíticas y personales, así como comunicación, con el fin de establecer una visión clara del futuro y definir una estrategia para llegar allí, implica el manejo y el equilibrio de los conflictos de intereses que inevitablemente surgirán, tanto dentro de la organización como fuera de ella.⁴

El liderazgo no está relacionado con la personalidad, sino a la actitud; implica un diálogo, y no un monólogo; es una relación entre personas.⁵

El liderazgo, efectivamente, es el factor más importante para el éxito o el fracaso de una empresa u organización, sea pública o privada. La habilidad que se tenga de estar un paso adelante sobre los otros competidores es fundamental e irremplazable. Cuanto mejor líder seas mejor te conducirás en cada área de la organización donde labores. Los líderes no nacen, se hacen. Peter Drucker ha escrito que “es posible que haya líderes innatos, pero son tan pocos que no marcan una diferencia en el panorama general”. En su mayoría los líderes se forjan a sí mismos y buscan desarrollarse trabajando continuamente en sí mismos para aprender, crecer y ser más capaces y competentes con los años. Los líderes surgen para lidiar con situaciones que requieren habilidades de liderazgo. Un gerente o administrador puede cumplir con sus responsabilidades y hacer bien su trabajo durante mucho tiempo hasta que se presente una crisis donde sea necesario el liderazgo para salir adelante. Es en ese momento en el que el líder da un paso hacia adelante y se hace cargo de la situación, se convierte en una persona diferente y desempeña un papel distinto.⁶

LIDERAZGO EN EL SISTEMA DE SALUD

Para enfocarnos en el liderazgo clínico —aquel que necesitamos en nuestro que-hacer diario— es necesario reflexionar en las siguientes cuestiones: ¿cuál es la importancia de un liderazgo efectivo en nuestras instituciones de salud?, ¿cómo puede influir la presencia o ausencia del liderazgo en las áreas clínicas?, ¿es realmente el liderazgo un factor clave en nuestras clínicas y hospitales para alcanzar el éxito?

Primero respondamos: en nuestro entorno, ¿quién es el líder?, ¿quién debe ser el líder?, ¿cada puesto directivo debe ejercer un liderazgo?, ¿qué pasa con los líderes informales que no están en puestos directivos?

Cuando una persona, un médico o una enfermera deja su trabajo operativo para ejercer un puesto directivo queda al mando de un servicio y un grupo de personas, con quienes debe interactuar y alcanzar objetivos. Es el primer momento en que una persona se encuentra en un puesto gerencial; éste es un punto neurálgico, pues tiene a cargo a las personas que viven en contacto directo con los pacientes, ¿cuántos médicos jefes de servicio y cuántas enfermeras jefes de piso interactúan diariamente, las 24 h en los servicios clínicos? Generalmente los servicios de urgencias, de terapia intensiva y de quirófanos son los espacios comunes donde ininterrumpidamente se aprecia el trabajo gerencial y de liderazgo en los hospitales. Definitivamente el puesto gerencial inicial conlleva una enorme responsabi-

lidad, porque es la primera línea de dirección y necesariamente es un puesto en donde se debe ejercer un liderazgo efectivo.

Pero las personas que llegan a estos puestos generalmente llegan con conocimientos básicos de administración y prácticamente con escasas herramientas para ejercer un liderazgo efectivo. Si el nuevo jefe de servicio logró ejercer un liderazgo como personal operativo, ahora tendrá que mejorar esta actitud. Los líderes no necesariamente ocupan un puesto gerencial; existen muchos que ejercen su influencia y en muchas ocasiones rebasan al líder formal, es decir, a quien se encuentra ocupando el puesto jerárquico.

Si usted estuvo o se encuentra actualmente en el puesto de jefe de servicio reflexione acerca de cómo fueron sus primeros días y sus primeros meses en cuanto a la capacidad de organizar y coordinar a las personas a su cargo para alcanzar los objetivos, las dificultades intragrupalas e intergrupales a las que se enfrentó, su capacidad de negociación, de resolver problemas y de atender las crisis inesperadas, y el trato que tuvo con las personas. ¿Tenía una visión clara de a dónde llevar a su grupo?, ¿tenía metas bien definidas para alcanzar?, ¿logró motivar a su personal?, ¿logró que crecieran y formó nuevos líderes?

Una historia reciente de un nuevo jefe de servicio ilustra mejor las herramientas con que se debe contar: la programación quirúrgica era abundante, los pacientes programados a cirugía y los que requerían una cirugía de urgencia rebasaban los recursos; a pesar de la distribución apropiada del personal y de la gestión de personal adicional no lograba que las salas de operación iniciaran a tiempo el trabajo, la limpieza oportuna de las mismas no era un problema de importancia, tampoco el sindicato, existían vicios y costumbres en el personal que prácticamente estaban arraigados, como la forma natural de trabajar. Había hecho administrativamente lo correcto: identificación del personal, distribución de roles, diálogo con las partes involucradas, trabajo en equipo con otros directivos medios, enfermería, servicios auxiliares de diagnóstico y servicios de limpieza para que todos cooperaran. Fue necesario identificar los múltiples procesos que confluyen, los pacientes hospitalizados deben llegar a tiempo al quirófano, para lo cual se debe coordinar el trabajo con quienes laboran y administran el servicio de hospitalización; el servicio de laboratorio y de transfusiones deben operar oportunamente (personal y recursos suficientes son puntos clave a verificar). Los recursos materiales de quirófano y el correcto funcionamiento de todos los equipos médicos no se deben pasar por alto. ¿Dónde está aquí el liderazgo?, esa influencia que se genera en las personas para que voluntariamente hagan lo necesario para alcanzar las metas. El proceso administrativo ayuda y es necesario e insustituible, pero no lo es todo. ¿Qué hacer para resolver la problemática, mover o cambiar circunstancias para dar una buena atención?

Este líder-jefe identificó a su vez a varios líderes no formales en las áreas de enfermería, anestesiología y médica, quienes a su vez ejercerían liderazgo y lo-

graban resolver la problemática a corto plazo; ésta fue una táctica adecuada, ya que existió comunicación y cercanía con el personal operativo, identificaron la problemática grupal y se atendieron paulatinamente sus necesidades, sin olvidar el estímulo y compensación por sus logros. Este relato no es ficticio, está tomado de una experiencia real. Es importante considerar que los escenarios son cambiantes; mientras se mejoran algunos aspectos pueden emerger otras circunstancias que ameritan atención y solución.

Lo que si está claro es que no se va a resolver problemática alguna únicamente desde la esfera del poder ni determinando acciones autoritarias desde el escritorio; cada persona con quien dialogar y a quien influir requiere un determinado tipo de liderazgo, el cual deberá ser moldeable a las circunstancias y personajes sobre los cuales habrá de influir. Desde luego que a medida que asciende en la escala jerárquica su responsabilidad será mayor, pero también se estará cada vez más alejado de la atención directa de los pacientes y las decisiones que se tomen serán más estratégicas, porque el alcance es mayor. La capacidad de liderar no sólo incluye a las personas que están en puestos operativos, sino a personas que se encuentran en puestos de poder. El reto es ser un líder de líderes.

¿Cómo se puede apreciar que se ejerce un liderazgo? Si uno no tiene influencia, nunca podrá dirigir a los demás. Las personas suelen tener un concepto erróneo del liderazgo, se imaginan a grandes personalidades, carismáticas, llenas de cualidades, etc., y cuando las personas oyen que alguien tiene un título impresionante o una posición relevante suponen que la persona es un líder. A veces es correcto, pero los títulos no tienen mucho valor cuando se trata de liderazgo. El verdadero liderazgo no puede ser otorgado, nombrado ni asignado, sino que procede de la influencia y ésta no puede ser impuesta, sino que debe ser ganada. Cuando se trata de identificar a un líder la tarea puede ser mucho más fácil; no escuche las afirmaciones de la persona que profesa el liderazgo. En vez de eso observe las reacciones de la gente alrededor del que ostenta la posición de líder.

La prueba de liderazgo se encuentra en los seguidores. La verdadera medida del liderazgo es la influencia, nada más ni nada menos.⁷

En la posición en que se encuentre observe a su jefe inmediato y pregúntese: mi jefe ¿es un líder?, ¿tiene seguidores?, ¿tiene influencias sobre las personas a su alrededor?, ¿yo soy un seguidor de él o simplemente no tiene ninguna influencia sobre mi conducta laboral?, ¿yo, como seguidor puedo aprobar con mis acciones que es un líder? Ahora veamos el otro lado de la moneda: si yo me encuentro en una posición jerárquica donde debo ejercer liderazgo, ¿tengo seguidores?, ¿qué dicen las personas a mi alrededor sobre la actitud que muestro?, ¿identifico claramente la influencia en las personas?, ¿están motivadas y hacen voluntariamente las acciones que solicito?

No es fácil evaluar el poder de influencia que se tiene cuando se trabaja en una estructura jerárquica con un salario de por medio. Las personas simplemente pue-

den estar haciendo el trabajo que les corresponde y no por eso debe uno decir que tiene influencia sobre ellas; cuando se trata de solicitar un trabajo extra, adicional o diferente es un momento de apreciar la influencia o, mejor aún, cuando la persona voluntariamente se propone para un trabajo de esta magnitud es posible que sea debido a la influencia que tiene, pero ¡cuidado!, puede ser que uno esté frente de un líder informal, por lo que minimizar sus capacidades será un error.

Existen otras características que es posible apreciar en nuestro jefe inmediato o en uno mismo para evaluar el liderazgo: el verdadero liderazgo siempre comienza con la persona interior; las personas a su alrededor pueden percibir la profundidad de su carácter. Usted sólo es líder si tiene seguidores y eso siempre requiere el desarrollo de relaciones personales; cuanto más profundas son las relaciones más fuerte es el potencial para el liderazgo. La información es vital para un líder; es necesario comprender los hechos, saber los factores envueltos y tener una visión para el futuro; el conocimiento por sí solo no hace líder a nadie; el liderazgo exige más que un simple dominio de datos. Lo básico para los seguidores es lo que el líder sea capaz de hacer.

Volvamos a la tesis inicial: el liderazgo es la clave esencial para alcanzar el éxito. Entonces, si cada uno de nosotros en nuestro puesto gerencial o de liderazgo —desde un jefe de servicio, de área o de una división, hasta un director— no ha alcanzado a cumplir las metas, si sus indicadores y sus expectativas se encuentran distantes de ser exitosos, entonces ¿su capacidad de liderazgo no es la mejor?, ¿le hacen falta conocimientos y herramientas para un liderazgo efectivo? Si hacemos un análisis objetivo y crítico de la realidad que vivimos en nuestro centro de trabajo, nuestra unidad y nuestra institución podremos apreciar que efectivamente es necesario mejorar en la tarea de liderar.

ADMINISTRAR Y LIDERAR

Existe una diferencia clara entre administrar y liderar. Muchas grandes organizaciones obtienen su éxito con base en el liderazgo de sus altos directivos; es el punto crítico que inclina la balanza a su favor y permite alcanzar los objetivos previstos. Los hospitales son organizaciones que requieren ser dirigidas por personas con un sólido liderazgo desde la primera ocasión en que se asume un papel directivo; el enfoque hacia el grupo y la organización es la suma de habilidades gerenciales y de liderazgo. Está perfectamente claro que llegar a un puesto directivo no es sólo por las buenas actuaciones que como personal operativo demostramos, sino que se requiere una preparación formal para asumir con responsabilidad el nuevo puesto. Si bien algunas personas pueden ejercer con éxito las funciones gerenciales que le son conferidas sin necesidad de una educación administrativa,

la mayoría necesitan una capacitación. Las habilidades gerenciales y de liderazgo pueden ser aprendidas.

Un buen directivo (gerente) puede alcanzar metas importantes con sólo hacer bien las cosas que requiere el puesto; se trata de administrar o gestionar las actividades propias del lugar que ocupa dentro de la organización. Si el lugar de trabajo es una jefatura de servicio clínico o una dirección se deben administrar bien los recursos físicos y el personal asignado, identificar tareas cotidianas y realizarlas tal como indica el manual de procedimientos o el manual de organización, atender los asuntos que requiere el jefe, buscar cómo alcanzar las metas indicadas, resolver las situaciones inesperadas, enviar los resultados de las actividades semanal o mensualmente, preparar los informes y anualmente realizar un diagnóstico situacional y actualizar el programa de trabajo.

Las responsabilidades de administrar están claramente descritas en el proceso administrativo: planeación, organización, integración, dirección y control. La correcta administración de cualquier empresa u organización se convierte en una fortaleza; es indispensable e insustituible.

Esta forma de trabajar es necesaria pero no es suficiente para sobresalir y alcanzar el éxito como grupo. El liderazgo requiere un enfoque en las personas, en el grupo, en una visión de futuro y en hacer las cosas correctas. Al menos tres situaciones son indispensables en el pensamiento crítico para ejercer el liderazgo: tomar decisiones, resolver problemas y actuar con creatividad.⁸

Los conceptos de liderazgo y gestión a menudo se utilizan de manera superpuesta; sin embargo, representan dos aspectos clave acerca de cómo las organizaciones, los grupos o las personas se dedican a crear un cambio o transformación. El liderazgo implica que la organización tiene una visión de futuro, sin olvidar la satisfacción del personal, que motive una dirección estratégica apoyada en valores. La gestión implica dirigir a las personas y administrar los recursos que permitan fortalecer los valores de la organización y que la dirección estratégica alcance los éxitos que ha establecido y difundido el liderazgo. La falta de cualquiera de estos elementos clave, liderazgo o gestión dificulta que una organización obtenga el anhelado cambio o progreso.⁹

Stephen Covey señala otra forma de apreciar la diferencia: "Liderazgo no es administración; el liderazgo va primero, el cambiante entorno en el que vivimos hace del liderazgo efectivo, hoy más que nunca, un factor crítico de todos los aspectos de la vida independiente e interdependiente..." Si las industrias no controlan el ambiente, sus propios equipos de trabajo y el ejercicio del liderazgo creativo para seguir avanzando en la dirección correcta ningún tipo de administración experta podrá impedir que fracasen. La administración implica estar inmerso en la presión de todos los desafíos y detalles de la logística cotidiana, es resolver las cuestiones urgentes y apremiantes que surgen y que brindan una sensación de éxito inmediato; el liderazgo es la cultura organizacional, el análisis profundo de los

problemas, el aprovechamiento de las nuevas oportunidades. Una administración eficiente sin un liderazgo efectivo consiste sólo en cumplir con la tarea sin una clara idea de por qué se hace. En palabras de Peter Drucker y Warren Bennis: “administrar es hacer las cosas bien; liderar es hacer las cosas correctas”. La administración busca la eficiencia en el ascenso por la escalera del éxito; el liderazgo determina si la escalera está o no apoyada en el lugar correcto.¹⁰

La persona que tiene la facultad de administrar un servicio, área o dirección requiere ciertas características para cumplir eficazmente esta labor. Peter Drucker ha definido algunas de estas características:

- a. La persona se debe desempeñar a partir de fortalezas, nunca de debilidades.
- b. Descubrir y corregir los malos hábitos.
- c. Modificar el desempeño cuando sea necesario.
- d. El conocimiento continuo y su implementación son importantes; actuar a partir de él es la clave del desempeño.¹¹

Una cultura gerencial enfatiza la racionalidad y el control, sus energías se orientan hacia metas, recursos, estructuras de la organización o personas; un gerente es una persona que resuelve problemas. El gerente pregunta: “¿Cuáles son los problemas que hay que resolver y cuáles son las mejores formas de lograr resultados para que la gente siga contribuyendo a esta organización?” Desde esta perspectiva, el liderazgo es simplemente un esfuerzo práctico para encaminar los asuntos; para cumplir con su cometido, un gerente necesita que muchas personas operen eficientemente en sus distintos niveles jerárquicos. Ser gerente no requiere genio ni heroísmo, sino más bien perseverancia, determinación, trabajo duro, inteligencia, capacidad analítica y, quizá lo más importante, tolerancia y buena voluntad.

La diferencia entre gerentes y líderes estriba en la concepción de cada uno, los primeros adoptan procedimientos, quieren estabilidad y control, e instintivamente buscan resolver los problemas con rapidez, a veces incluso antes de comprender plenamente el significado del problema. Los segundos, en cambio, toleran el caos y la falta de estructura y están dispuestos a demorar una conclusión para comprender los temas con mayor profundidad. Para tener éxito las organizaciones necesitan tanto de gerentes como de líderes. Desarrollar a ambos requiere atenuar el foco sobre la lógica y la estrategia para favorecer un entorno que permita que la creatividad y la imaginación florezcan.¹²

La administración no es un tema rezagado respecto al liderazgo. Realmente Gary Hamel¹³ contrasta con los modernos conceptos de innovación administrativa. Entonces, ¿por qué la mayoría de las empresas continúan persiguiendo los mismos conceptos, sin siquiera asomarse a un mundo diferente donde la innovación y la creatividad en la administración están esperando la oportunidad? Las nuevas realidades exigen capacidades organizativas y gerenciales diferentes; las

empresas deben ser estratégicamente adaptables, convertirse en una fuente permanente de innovación fuera de lo convencional y aprender a inspirar a los empleados. Se trata de un cambio de paradigma, de alterar favorablemente los conceptos históricos que nos han legado los autores clásicos, porque “la innovación administrativa es cualquier cosa que modifique sustancialmente la manera de cómo se administra, o que modifique ostensiblemente las formas habituales de organización y, con ello, promueva los fines de la empresa; la innovación administrativa modifica la manera que los gerentes tienen para mejorar el desempeño de la organización; está dirigida a los procesos de gestión. El objetivo de la administración es amplificar los esfuerzos de las personas y sumarlos, obtener más de los individuos de lo que se puede esperar de ellos, proporcionar las herramientas, las condiciones laborales y los incentivos apropiados, y aglutinar los esfuerzos para que las personas puedan lograr juntas lo que no pueden lograr de manera individual o aislada.

TOMA DE DECISIONES

No es únicamente la facultad de decidir una u otra situación, sino saber elegir sabiamente la mejor opción ante una situación común, inesperada o excepcional. Es importante el uso de otras herramientas, como el pensamiento crítico, la intuición y la creatividad;¹⁴ se trata de la dimensión conceptual del liderazgo.

La sabiduría práctica de un líder consiste no sólo en la habilidad mental del análisis de las personas o las cosas. La parálisis en el análisis es un error común en los líderes que no han aprendido a ser decisivos. Un activo valioso para un líder en cualquier nivel consiste en poseer un pensamiento lógico y analítico, para pensar clara y sistemáticamente. Un razonamiento práctico es indispensable a la hora de resolver situaciones críticas; no se debe permitir una decisión al azar o apelar a la suerte del momento.

La intuición y la creatividad son esenciales para alcanzar nuevas o mejores ideas que ayuden a conseguir los objetivos, guiar al grupo, resolver exitosamente los problemas inesperados y tener una visión del futuro mucho más clara.

Tampoco se trata de que el directivo en su papel de líder tenga una actitud rígida, acartonada, fría y distante. El buen talante, la alegría por el trabajo y el entusiasmo en el grupo también son parte de la inteligencia emocional para atender situaciones difíciles, el humor desactiva la tensión en los momentos de crisis y añade un elemento de diversión. Sin embargo, tomar las decisiones correctas no es la totalidad de la dirección; incluye el arte de la inspiración por el trabajo y la disposición y habilidad para informar o comunicar.

La responsabilidad de tener a cargo un servicio, una jefatura o una dirección es trascendente en dos sentidos: el servicio por sí mismo debe alcanzar metas más

allá de las comunes, superar los logros de sus pares, ser ejemplo de eficacia, eficiencia y éxito. Un segundo punto de vista está relacionado con la visión sistémica, ya que indudablemente el área que uno dirige está inmersa dentro de una organización y es necesario impulsar y dar prestigio a la organización en su conjunto con el trabajo que se realiza día a día y apoyado en una visión de futuro que sea realista, motivadora y exigente.

El líder debe dedicar tiempo a su formación, tanto a las actividades gerenciales como de liderazgo. Ambas actividades son posibles de aprender. Una serie de herramientas gerenciales son indispensables; existen competencias que hacen eficaces a los directivos, que son herramientas personales, interpersonales y grupales. Algunas de las habilidades directivas que requieren ser aprendidas para lograr la eficacia son las siguientes:¹⁵

- Tener una comunicación verbal, incluyendo la habilidad de escuchar.
- Saber administrar el tiempo y manejar el estrés.
- Tomar decisiones.
- Reconocer, identificar y resolver de problemas.
- Motivar y generar influencia en otros.
- Delegar.
- Establecer objetivos y articular una visión.
- Tener conciencia de sí mismo (autoconocimiento).
- Construir equipos.
- Manejar los conflictos.

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LIDERAZGO

La habilidad que tenga el directivo para aglutinar y cohesionar a las personas de su grupo en un ambiente laboral agradable es fundamental para la satisfacción personal de continuar trabajando en ese lugar. ¿Cuáles son estas habilidades que se requiere ejercer? La primera de ellas es tomar en cuenta a los trabajadores como personas, no son sólo la mano de obra, las ideas o las ocho horas de trabajo cotidiano las que cuentan; el trato como persona es la base sólida para construir el equipo. Cuando el directivo con su actitud envía un mensaje de desinterés hacia su equipo de trabajo y limita la comunicación está construyendo una mala dirección y un liderazgo ausente.

El manejo del estrés es una habilidad indispensable, no sólo para que el directivo pueda controlar sus propias emociones en momentos críticos, sino para transmitirle al grupo un ambiente de seguridad y tranquilidad, así como la capacidad para resolver conflictos y situaciones inesperadamente cambiantes en cualquier

momento; la capacidad de mantener la calma es una habilidad que debe ser adquirida y practicada, no es una habilidad innata para la mayoría de los líderes.

El estrés que se vive en el lugar de trabajo se debe en gran parte a la dirección incompetente, en algunas encuestas tres de cada cuatro personas muestran que la relación de los empleados con su supervisor inmediato es el peor aspecto del empleo. Los estudios de psicología muestran que el estrés no sólo afecta negativamente a los trabajadores, sino también a los directivos, aunque de manera más sutil. Cuando los directivos experimentan estrés tienden a:¹⁶

- Percibir la información de forma selectiva.
- Volverse intolerantes a la ambigüedad y exigentes de respuestas correctas.
- Tener fijación por un solo método para atender un problema.
- Adoptar una perspectiva o mentalidad de crisis a corto plazo y dejar de considerar las implicaciones a largo plazo.
- Tener menos capacidad para hacer distinciones detalladas en los problemas.
- Consultar y escuchar menos a los demás.
- Confiar en los viejos hábitos para manejar las situaciones actuales.
- Tener menor capacidad para generar pensamientos creativos y soluciones únicas a los problemas.

El estrés es inevitable, pero un mínimo de presión es deseable porque activa el deseo de realizar las tareas y de mejorar; sin embargo, si el nivel de estrés es mayor al deseable o no se tiene la capacidad de controlarlo, entonces surgen los problemas. ¿Cuántas de estas actitudes puede percibir en su jefe inmediato?, ¿cuántas de estas actitudes está viviendo usted en su puesto gerencial?, pero una reflexión más trascendente es: ¿mi actitud en el trabajo, está propiciando estrés en el grupo? Uno de los conceptos más importantes, y obligados a conocer, es la inteligencia emocional. Para Daniel Goleman el coeficiente intelectual y las destrezas técnicas son importantes, pero la inteligencia emocional es la condición *sine qua non* del liderazgo, por lo que es dos veces más importante. El intelecto es un factor clave en el desempeño sobresaliente, las habilidades cognitivas —como pensar de manera global— y la visión a largo plazo son especialmente importantes, pero son requisitos básicos para los puestos gerenciales.

La inteligencia emocional desempeña un papel cada vez más importante en los niveles superiores de la organización, donde las diferencias en destrezas técnicas son insignificantes. En otras palabras, cuanto más alto es el puesto de un profesional más se podrá atribuir su eficacia a sus capacidades de inteligencia emocional.

Existen cinco componentes de la inteligencia emocional:¹⁷

1. La autoconciencia es el ingrediente primordial, significa tener una profunda comprensión de las emociones, los impulsos, las fortalezas, las debilidades, las necesidades y las motivaciones propias. Las personas que poseen

un fuerte grado de autoconciencia no son ni extremadamente críticas ni confiadas en exceso. Saben cómo sus sentimientos afectan a las personas que los rodean, a él mismo y al desempeño en su trabajo. Comprenden muy bien cuáles son sus limitaciones y saben cuándo pedir ayuda. Tienen confianza y una valoración realista de sí mismo.

2. La autorregulación es la capacidad para controlar o redirigir los impulsos negativos o el mal humor. Las señales de autorregulación emocional son fáciles de ver: propensión a la reflexión, la contemplación y la comodidad.
3. La motivación es un rasgo que comparten virtualmente todos los líderes eficaces, hay un impulso a obtener logros más allá de las expectativas (de las propias y de los demás); la palabra clave es lograr. Tienen pasión por el trabajo, buscan desafíos creativos, adoran aprender y se enorgullecen del trabajo bien hecho. Derrochan una energía inagotable por hacer las cosas mejor y no suelen darse por satisfechas con el *statu quo*; son persistentes. Las personas con motivación alta son optimistas incluso cuando los resultados son adversos; tienen un compromiso con la organización. En casos así, la autorregulación se combina con la motivación hacia el logro para superar la frustración y la depresión que se producen tras un revés o fracaso.
4. Empatía significa tener en consideración los sentimientos de los empleados; es un ingrediente del liderazgo particularmente importante por al menos tres razones: el creciente uso de trabajo en equipo, el rápido ritmo de la globalización y la necesidad cada vez mayor de retener el talento. Aquí entran en acción el *coaching* y el *mentoring*, ya que conducen a un mejor rendimiento y una mayor satisfacción laboral. Los mejores mentores e instructores se introducen en la mente de las personas a las que ayudan.
5. Habilidades sociales. Implican la aptitud para manejar las relaciones con los demás; no es tan simple como parece, no es sólo una cuestión de simpatía, su propósito es dirigir a las personas en la dirección deseada, sea hacia el consenso ante una nueva estrategia o hacia el entusiasmo por un nuevo proceso. La habilidad social es la culminación de las otras dimensiones de la inteligencia emocional; las personas tienden a ser muy eficientes manejando relaciones cuando entienden y controlan sus propios sentimientos y pueden tener empatía con los sentimientos de los demás.

Las personas con habilidades sociales son especialistas en la gestión de equipos (ésta es su empatía en el trabajo), son expertas en la persuasión (una manifestación combinada de autoconocimiento, autorregulación y empatía). Dadas esas capacidades, los buenos persuasores saben cuándo apelar a las emociones, por ejemplo, y cuándo resulta mejor apelar a la razón. La motivación, cuando es visible, convierte a esas personas en excelentes colaboradoras; su pasión por el trabajo se contagia a los demás y los mueve el impulso de buscar soluciones. Ningún líder

es una isla; la misión del líder es lograr que el trabajo se haga a través de otras personas, mediante las habilidades sociales. La motivación de un líder es inútil si no puede transmitir su pasión a la organización; las habilidades sociales permiten a los líderes aplicar su inteligencia emocional al trabajo.

¿Puede el lector describir cómo es la inteligencia emocional de su jefe inmediato?, ¿muestra cualidades de empatía, motivación y habilidades sociales?, ¿qué habilidades le hace falta aprender? Personalice las preguntas si usted ocupa un puesto directivo.

Cada persona es diferente, al igual que cada situación, es por esto que la manera de ejercer el liderazgo no puede ser siempre el mismo, ya que caería uno en un extremo de ser democrático o autocrático; por ello, ¿cuál es la estrategia adecuada o el estilo de liderazgo? Los mejores directivos son flexibles y capaces de aportar su estilo de liderazgo a la situación; cuando una persona nueva entra a su grupo y no tiene la suficiente experiencia entonces se requiere ejercer mayor guía y dirección; una persona experimentada requiere mínima supervisión. Las personas se encuentran en distintos niveles de desarrollo y para extraer lo mejor de otros el liderazgo se debe ajustar al nivel de desarrollo de la persona que lidera, así que se puede resumir la idea del liderazgo situacional como diferentes estilos para diferentes personas.

Las personas pueden y quieren desarrollarse; no hay un estilo óptimo para estimular tal desarrollo, por lo que el liderazgo debe adaptarse a la situación.¹⁸

COMUNICACIÓN EFECTIVA

La comunicación es una herramienta esencial en las organizaciones, somos lo que somos a partir de las relaciones que establecemos con los demás; todo proceso comunicacional descansa en la escucha. El habla sólo logra ser efectiva cuando produce en el otro la escucha que el orador espera.¹⁹ Comunicar significa volver algo común: un mensaje, una noticia, una información, un significado cualquiera. En consecuencia, la comunicación es un puente que permite a ese algo pasar de una persona a otra o de una organización a otra.²⁰

El proceso de comunicación requiere que una vez emitido un mensaje, regrese una respuesta para cerrar el ciclo y la comunicación sea efectiva. Todos los días, a cada momento, las organizaciones se comunican activamente, no sólo con el lenguaje, sino también con la escritura, la lectura, la escucha, los símbolos y la comunicación no verbal. La comunicación que existe dentro de una organización es la que sus líderes propician de manera voluntaria o involuntaria. Si los líderes ponen énfasis en la manera de comunicarse con todos los trabajadores estarán generando mecanismos transparentes de comunicación; si se oculta la información,

se selecciona la información; si las indicaciones o los comunicados son confusos y se propician los comentarios de pasillo, sólo se está promoviendo que la mala comunicación genere problemas.

La falta de comunicación es probablemente la fuente más citada del conflicto interpersonal. Dado que los individuos pasan hasta 70% de sus horas de vigilia en comunicación (escribir, leer, hablar, escuchar), parece razonable que uno de los mayores inhibidores del desempeño grupal es la falta de comunicación efectiva. Las habilidades de comunicación son esenciales para el éxito profesional. La comunicación cumple cuatro funciones principales dentro de un grupo u organización: control, motivación, expresión emocional e información. Otra importante función es facilitar la toma de decisiones. La comunicación ofrece a los individuos y grupos la información que necesitan para tomar decisiones mediante la transmisión de los datos necesarios para identificar y evaluar las opciones.²¹

Las personas que ocupan un puesto gerencial y de liderazgo deben ser comunicadoras eficaces; la habilidad de una comunicación efectiva debe ser aprendida, incluyendo la comunicación no verbal, para asegurarse de que las personas entiendan y uno mismo entienda a las personas. Esta competencia incluye saber escuchar con una mente abierta, enviar mensajes convincentes y claros, y cultivar una empatía. ¿Qué hace a un líder un buen comunicador? Hay habilidades básicas: capacidad de escucha, hacer buenas preguntas, mantener una mente abierta, entender al otro, no interrumpir y pedir sugerencias.²²

Un directivo invierte al menos 80% de su tiempo en comunicación verbal; la mayoría de ellos creen que son buenos comunicadores, pero están conscientes de que uno de los principales problemas de la organización es la comunicación; otros no identifican que el problema es propio. Se encuentra perfectamente bien establecido que las habilidades de comunicación interpersonal, incluyendo la de escuchar, están calificadas como las más importantes, de tal manera que la incompetencia en la comunicación interpersonal es personal, racional y socialmente muy dañina. El problema número uno de un directivo se puede resumir en una palabra: comunicación.²³

Sin ninguna exageración, cerca de 90% de los problemas de las organizaciones giran en torno de la comunicación, o bien, a su ausencia o inadecuación. Se observa una tendencia a aumentar a medida que la organización crece. Los problemas de comunicación no se pueden detectar con facilidad, aunque se encuentran en la base de los principales conflictos que ocurren en las organizaciones, saboteando las decisiones, las acciones y la consecución de metas y objetivos organizacionales e individuales.²⁰

Pregúntese el lector en qué momento de su vida aprendió a hablar, a escribir y a leer, pero ¿cuándo le enseñaron a escuchar? En la próxima reunión que se encuentre con su jefe inmediato, sea personal o colectiva, aprecie si la manera en que comunica sus ideas es clara o confusa; ¿cuál es la comunicación no verbal

que transmite?, ¿puede identificar cuáles son los problemas de comunicación en la organización?

EL LIDERAZGO ANTE LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD

La cultura de una organización es el corazón de la misma. Es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros; representa la manera de funcionar específica de cada organización. Hoy en día existe una urgente necesidad de que los organismos de asistencia sanitaria replanteen sus procesos de trabajo y definan la seguridad como un objetivo institucional de la máxima relevancia. El “movimiento por la seguridad del paciente” está en marcha.

Una cultura de seguridad es la que nace del esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, incluidos los de sus miembros, sistemas y actividades laborales. La mejora de la seguridad debe ser nuestra aspiración máxima, específica y declarada, empezando por la alta dirección de las organizaciones.

La seguridad no se puede abordar como un añadido más en el proceso de toma de decisiones, sino que debe ocupar una posición central en el mismo y a todos los niveles de la organización; el objetivo es que la seguridad se integre en el nuevo diseño de procesos, funciones y servicios organizativos importantes de toda la institución. Las iniciativas de seguridad no se pueden contemplar únicamente como un medio para cumplir con algún imperativo externo, sino que deben ser percibidas por la totalidad de la organización como parte integral de su misión y su visión. Con este enfoque, la organización debe establecer objetivos de seguridad que se apliquen en la totalidad de la misma y a todos los niveles departamentales.

Los temas relativos a la seguridad del paciente deben figurar entre los elementos normales de su agenda para ser discutidos e implementados en todos los niveles; la seguridad se debe constituir como una prioridad permanente.

Solamente es posible el tránsito hacia una cultura de seguridad mediante un liderazgo comprometido. Los líderes inspiran a sus equipos a través del ejemplo, de las buenas prácticas de gestión y del sentido de responsabilidad moral. De acuerdo con los especialistas en cambio organizativo, no se pueden producir transformaciones significativas en una institución sin la capacidad, compromiso y ejemplo conductor de los directivos de la misma. Un liderazgo eficaz define las expectativas y pautas de la organización, articulando la visión institucional mediante el uso de los mensajes y la reafirmación de la necesidad de “hacer las cosas

como es debido” como prioridad corporativa. Los auténticos líderes predicán con el ejemplo y logran sus objetivos de seguridad aportando ellos mismos el comportamiento que esperan obtener del resto de los miembros de la organización. Dado el carácter radical de los cambios que hay que aplicar para garantizar la seguridad en la organización, ahora es más necesaria que nunca una buena capacidad de liderazgo, tanto fuera como dentro del marco clínico, como requisito previo esencial para transformar la cultura de una institución.

Las investigaciones indican que cuanto mayor es el grado de compromiso de los dirigentes con la mejora de la seguridad y de los procesos, mayor es también el compromiso del resto de las fuerzas de trabajo. Esto a su vez tiene una influencia positiva en el rendimiento de los empleados y en la prevención de incidentes adversos. El compromiso visible incluye la aportación de recursos humanos y financieros adecuados en un esfuerzo sostenido por la seguridad.

“Lograr la excelencia en seguridad es un asunto sobre todo de creación de relaciones”. Los líderes que obtienen los resultados más satisfactorios en la adopción de una cultura de seguridad son los que se basan en la confianza y la credibilidad entre los miembros de la organización, elementos que favorecen el compromiso con la visión de la misma. El modo en que los directivos se enfrentan cada día a los problemas y muestran su nivel de compromiso con la organización y con sus miembros influye en su credibilidad y en el nivel de confianza al que se hacen merecedores. Una vez establecidas estas bases los líderes pueden traducir su visión en la organización.²⁴

Para obtener resultados satisfactorios en los programas y procesos enfocados en la seguridad del paciente es necesario complementar las acciones de liderazgo con una adecuada comunicación y trabajo en equipo. No es suficiente contar con tratamientos sofisticados y equipos de alta tecnología, es indispensable que el personal dedicado al cuidado de la salud conforme equipos efectivos, también conocidos como equipos de alto desempeño.

La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) ha desarrollado un modelo de trabajo en equipo denominado *TeamSTEPPS* (estrategias y herramientas de equipo para mejorar el desempeño y la seguridad del paciente) (figura 6-1).

Un equipo está formado por dos o más personas con conocimientos especializados, que tienen roles específico, toman decisiones, realizan tareas interdependientes, son adaptables y comparten un objetivo común.²⁵

El trabajo en equipo se puede definir como “un conjunto de conductas actitudes y conocimientos que permiten que sea posible un desempeño coordinado y adaptable”.²⁶ El modelo comprende cuatro habilidades básicas: liderazgo, comunicación, monitoreo de la situación y apoyo mutuo, que pueden ser enseñadas y aprendidas; estos puntos corresponden a la parte medular identificados en la figura 6-1.

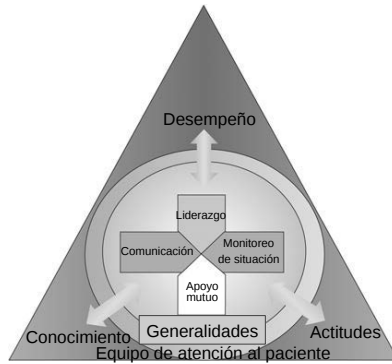


Figura 6-1. Esquema del modelo TeamSTEPPS.

Las flechas despliegan una interacción dinámica bidireccional entre las cuatro habilidades y resultados relacionados al equipo. Esta interacción es la base para que un equipo proporcione calidad y seguridad en la atención del paciente. El círculo que rodea las cuatro habilidades es el equipo de las personas que proveen los cuidados, médicos, enfermeras, técnicos y todos aquellos que participan como apoyo en la atención del paciente. La estructura del equipo está definida por el tamaño, composición, distribución e identificación de sus integrantes, así como por sus habilidades de liderazgo.

La comunicación es un proceso de intercambio de la información de manera clara y exacta entre los miembros del equipo. El apoyo mutuo es la habilidad de anticipar y apoyar las necesidades de los miembros del equipo a través del conocimiento exacto de las responsabilidades y carga de trabajo. El monitoreo de la situación es un proceso de revisión y evaluación activa de los elementos situacionales para ganar información y entendimiento que proporcionen apoyo al funcionamiento del equipo. El liderazgo es la coordinación de las actividades para que las acciones sean comprendidas, se compartan los cambios en la información y se tengan los recursos necesarios.

Finalmente se expone la experiencia en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Cardiología No. 34 del IMSS, en Monterrey, en cuanto a la implementación del liderazgo efectivo.

Desde el punto de partida la conducción del líder promovió la integración de equipos de trabajo para determinar la misión, la visión y los valores de la unidad (figura 6-2).



Figura 6–2. Misión, visión y valores de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 34.

El grupo desarrolló y determinó en consenso un plan específico congruente a su misión y visión, mediante los valores definidos por los líderes; todo ello alineado al contexto institucional y fortalecido mediante la adquisición de habilidades del liderazgo a partir de cursos específicos a líderes, como agentes de cambio o desarrollo gerencial (figura 6–3).

El ejercicio de las habilidades de liderazgo en este hospital ha permitido implementar proyectos de mejora que impactan en la calidad en la atención clínica de los pacientes, así como en la utilización de los servicios y en el desarrollo de nuevas tecnologías. El enfoque sistemático de la gestión de la calidad entendido como una cultura de trabajo contempla los aspectos que van desde el conocimiento de las necesidades de los usuarios a los que se otorgan servicios, el desarrollo del programa para la preparación de los futuros líderes en el hospital mediante los cursos que faciliten el desarrollo de sus habilidades, el apoyo para la ejecución del trabajo en equipo en el personal de diferentes categorías y la documentación, estandarización y evaluación de los procesos de atención, hasta el fomento para el cuidado del medio ambiente y el desarrollo de nuevas tecnologías, entre otros aspectos.

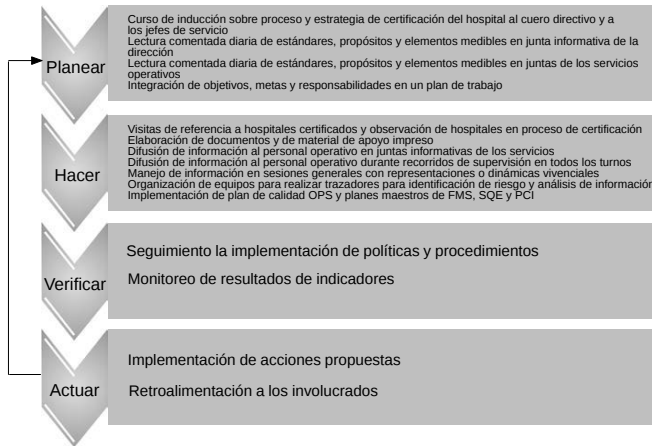


Figura 6-3.

Estos factores han contribuido al cumplimiento de la misión establecida para el hospital, mediante la implementación de acciones cuyo resultado se puede identificar objetivamente; por ejemplo, el proyecto implementado en el departamento de angiología, en el que se identificó que los pacientes mayores de 60 años de edad presentan múltiples comorbilidades, que los exponía a presentar complicaciones al ser tratados de su padecimiento con métodos de cirugía tradicional, por lo que fueron propuestas las técnicas de cirugía endovascular para reducir la estancia hospitalaria y disminuir las comorbilidades. La implementación del proyecto implicó la capacitación del personal, la implementación de la sala y equipamiento adecuado, y la organización para la ejecución y evaluación de los procedimientos, en lo cual participó un equipo multidisciplinario (información otorgada por el Departamento de Angiología, Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Cardiología No. 34, IMSS, Monterrey).

Los resultados permitieron identificar que los pacientes tratados por medio de cirugía endovascular se recuperaron más rápidamente, con menos complicaciones y con una estancia hospitalaria de menos de tres días, menor que la de los pacientes tratados con cirugía abierta, lo cual manifiesta el uso eficiente de los recursos. Se observa un pico en el mes de abril de 2013, en el que por una situación particular se dejó de realizar cirugía endovascular.

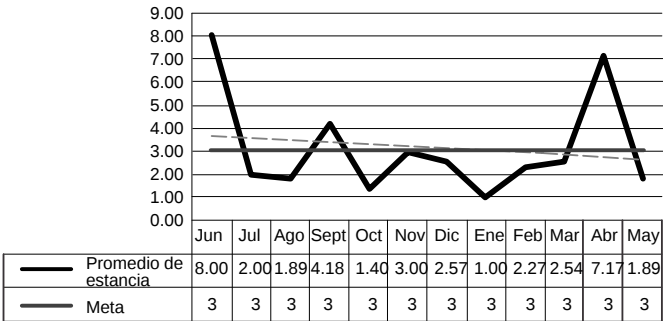


Figura 6-4. Promedio de estancia. Tomada de la División de Calidad, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Cardiología No. 34, IMSS, Monterrey, 2011.

Otro ejemplo del papel del liderazgo en la implementación de una cultura de calidad y seguridad en los servicios de salud lo constituye la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP), esfuerzo que inició de manera sistemática a partir de 2011 y que involucró la participación de un equipo multidisciplinario con el apoyo y seguimiento de los líderes de los equipos integrados para su implementación. Los resultados se aprecian en las figuras 6-4 y 6-5.

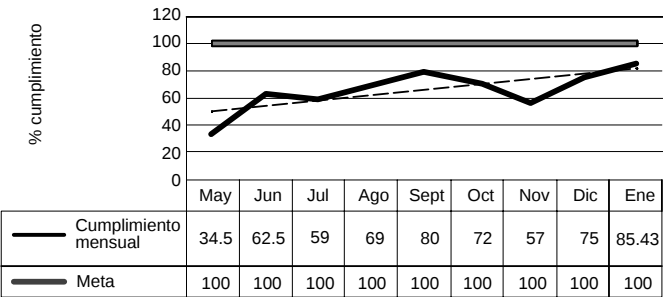


Figura 6-5. Implementación de las MISP. Tomada de la División de Calidad, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Cardiología No. 34, IMSS, Monterrey.

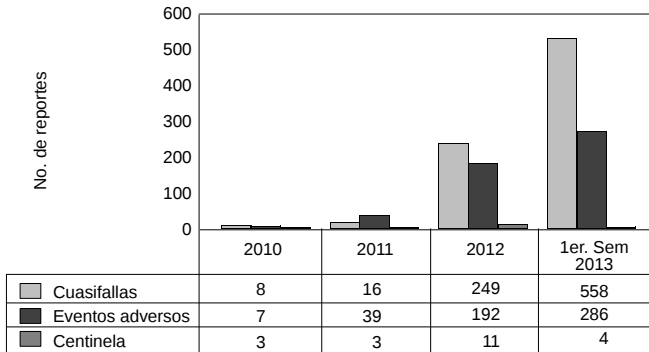


Figura 6-6. Reportes al sistema VENCER II.

Otro resultado evidente en el cambio de la cultura organizacional se refleja en el uso de la información referente a los eventos adversos que ocurren durante la atención de los pacientes y que el personal operativo ya concientizado al respecto reporta al sistema correspondiente con fines de análisis de la información e implementación de medidas. A pesar de que la existencia del sistema institucional de reporte se inició en el área de enfermería en 2005 con el Programa de Mejora de la Calidad de la Atención en Enfermería, mediante el Sistema VENCER (Vigilancia de eventos centinela y riesgos), la implementación consistente y sistemática se logró mediante la reestructuración hacia el sistema VENCER II a partir de 2012, el apoyo del liderazgo para la sensibilización del personal y la demostración evidente del uso que se da a la información recibida en el sistema (figura 6-6).

Otras acciones de mejora implementadas por el equipo multidisciplinario como consecuencia del uso de esta información son la medicación (capacitación en SICADIT; verificación del apego a la prescripción correcta y medición de los tiempos de entrega), los procedimientos invasivos (fijación de sondas pleurales y catéteres, participación de la clínica de catéter) y quirúrgicos (procedimiento, cuenta y control de material textil, manejo de suturas, listado de verificación en proceso de perfusión), las caídas (educación al paciente y los familiares, tubos de soporte en los baños y regaderas, material antiderrapante, timbres de llamado, luz directa en el área sanitaria) y el cuidado enfermero (cambio de pulsioxímetros en la terapia pediátrica y revisión de sus cuidados y rotación periódica).

Documentar en unos renglones algunas de las estrategias implementadas con motivo del cambio de la cultura organizacional puede parecer sencillo o un ejercicio de una breve inversión de tiempo; sin embargo, detrás de cada acción existe el trabajo previo de equipos multidisciplinarios en diferentes niveles, con el objetivo de analizar las prioridades y validar las propuestas, cuidar el uso eficiente de los recursos, verificar el apego a la normativa en cada caso, coordinar las actividades de capacitación del personal en todas las jornadas laborales, monitorear el resultado de las intervenciones y retroalimentar al personal respecto a los resultados obtenidos.

Otros factores que no pueden ser omitidos al hablar de cambio organizacional y el reto que enfrentan los líderes para lograrlo son los factores restrictivos relacionados con la inercia de años, aplicando los procesos bajo el mismo paradigma, la actitud particular de los seres humanos respecto al cambio y la fuente finita de recursos, entre otros aspectos; sin embargo, la tarea emprendida a lo largo de este tiempo nos ha permitido comprender que el liderazgo es la fuente primaria que mueve a la organización para conseguir los objetivos deseados.

En este caso en particular el liderazgo, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo lograron mejorar todos sus procesos para cumplir con los estándares homologados internacionalmente del Consejo de Salubridad General y lograr la certificación.

CONCLUSIONES

Ante un panorama adverso por las condiciones de salud de la población, la limitación de recursos, los esquemas de trabajo desgastados, el cambio de perfil del paciente, de los profesionales de la salud y de la sociedad en general, y la resistencia al cambio, entre otros, resulta necesario diseñar modelos que permitan una atención sistemática e integral en donde interactúen todos los profesionales de salud, a fin de potenciar sus actividades, hacer más eficientes los procesos y optimizar el uso de los recursos. Bajo este enfoque, los resultados favorables serán factibles siempre y cuando se ejerza un liderazgo efectivo.

Los sistemas de salud requieren más que gerentes o directivos, líderes para promover la construcción e implementación de una cultura de calidad y seguridad, plataforma sobre la cual se encuentran ubicados todos los procesos médicos, lo cual permitirá dejar atrás la cultura tradicional para estar en posibilidad de responder a las exigencias de la medicina actual.

REFERENCIAS

1. La nueva función del líder. En: Senge P: *La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. 2ª ed. Buenos Aires, Granica, 2009.

2. Who is a leader? En: Lussier RN, Achua CF: *Leadership. Theory, application, and skill development*. 4ª ed. EUA, Cengage Learning, 2010.
3. **Castro SA**: Concepciones teóricas acerca del liderazgo. En: Castro SA, Lupano ML, Benatui D et al.: *Teoría y evaluación del liderazgo*. Cuadernos de Evaluación Psicológica. Argentina, Paidós, 2007.
4. The King's Fund: *The future of leadership and management in the NHS. No more heroes*. Report from The King's Fund Commission on Leadership and Management in the NHS. Reino Unido, The King's Fund, 2011.
5. The five practices of exemplary leadership. En: Kouzes JM, Posner BZ: *The leadership challenge*. 4ª ed. EUA, Jossey-Bass, 2007.
6. El corazón de un líder. En: Tracy B: *Cómo lideran los mejores líderes*. México, Grupo Nelson, 2011.
7. **Maxwell JC**: La ley de la influencia. En: Maxwell JC: *Las 21 leyes irrefutables del liderazgo*. EUA, Grupo Nelson, 2007.
8. **Adair J**: *Decision making & problem solving strategies*. EUA, The Sunday Times, 2007.
9. **Jonas S, McCay L, Keogh B**: The importance of clinical leadership. En: Swanwick T, McKimm J (eds.): *ABC of clinical leadership*. Reino Unido, Wiley-Blackwell Publications, BMJ Books, 2001.
10. **Covey SR**: *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva*. Argentina, Paidós, 2003.
11. **Drucker P**: *Gestionarse a sí mismo*. Harvard Business Review. Los clásicos de HBR, 2005:10-18.
12. **Zaleznik A**: *Gerentes y líderes: ¿son diferentes?* Harvard Business Review. Los clásicos de HBR, 2004:9-16.
13. **Hamel G, Breen B**: *El futuro de la administración*. Bogotá, Grupo Editorial Norma, Harvard Business School Press, 2009.
14. Making the right decisions. En: Adair J: *Inspiring leadership. Learning from great leaders*. Londres, Thorogood, 2002.
15. The critical role of management skills. En: Whetten DA, Cameron KS: *Developing management skills*. 8ª ed. EUA, Prentice Hall-Pearson, 2011.
16. Managing personal stress. En: Whetten DA, Cameron KS: *Developing management skills*. 8ª ed. EUA, Prentice Hall-Pearson, 2011.
17. **Goleman D**: *What makes a leader?* Harvard Business Review, 1998:93-102.
18. **Blanchard K, Blanchard M, Carew D, Parisi Carew E et al.**: Liderazgo situacional. II. El concepto integrador. En: Blanchard K: *Liderazgo al más alto nivel*. Bogotá, Grupo Editorial Norma, 2007.
19. **Echeverría R**: *Ontología del lenguaje*. 6ª ed. Chile, Lom Ediciones, 2003.
20. Comunicación y negociación en las organizaciones. En: Chiavenato I: *Administración en los nuevos tiempos*. Bogotá, McGraw-Hill, 2002.
21. Communication. En: Robbins S, Judge TA: *Organizational behavior*. 15ª ed. EUA, Pearson Education, 2003.
22. Communication and empathy tool and strategies. En: Nadler RS: *Leading with emotional intelligence*. EUA, McGraw-Hill, 2011.
23. Building relationships by communicating supportively. En: Whetten DA, Cameron KS: *Developing management skills*. 8ª ed. EUA, Prentice Hall-Pearson, 2011.
24. *Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a las acciones*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España, 2008. Traducción de la documentación del Sistema Sanitario de Universidad de Michigan: Patient Safety Toolkit.

25. **Beaker DP, Amodeo AM, Krokos KJ, Sloning A, Herrera H:** Assessing teamwork attitudes in healthcare: development of the TeamSTEPPS teamwork attitudes questionnaire. *Qual Saf Care* 2010;19:1–4 .
26. **Gluck PA:** Seguridad del paciente. Cierta avance y numerosos retos. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1149–1159.

Certificación de la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria N° 36, Tijuana

Jorge Mendoza Parada, José Tomás Martínez Garza, Jennefer Paredes Vieyra, Claudio Méndez Heredia, Rafael Pérez Reza

INTRODUCCIÓN

Las exigencias de la medicina actual obligan a realizar cambios organizacionales importantes, máxime cuando la calidad y seguridad del paciente se han convertido en una prioridad. Para alcanzar este objetivo es imprescindible realizar adecuaciones o modificaciones sustantivas para transitar de una cultura tradicional a una de seguridad. La organización debe aprender y aplicar los nuevos conocimientos, habilidades y actitudes para fomentar todas las acciones dirigidas a reducir en su máxima expresión los riesgos y, en consecuencia, los eventos adversos y el daño al paciente. Esto implica que la organización debe desarrollar competencias, como liderazgo, comunicación efectiva y trabajo en equipo, entre otras.

La Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Atención Médica Ambulatoria No. 36, pese a contar con actividades permanentes de mejora, asumió un reto mayor al adquirir un nuevo compromiso y realizar cambios en su quehacer cotidiano, integrar en su esquema de trabajo un enfoque diferente, privilegiar la seguridad del paciente con una visión sistémica, aglutinar a todos los miembros de la organización para potenciar sus actividades, estandarizar los procedimientos y garantizar buenos resultados. En este proceso de cambio los directivos rediseñaron o reinventaron los procesos, y el personal mostró su total disposición y trabajo en equipo para dar respuesta adecuada y oportuna a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familiares, haciéndolos partícipes y corresponsables de su salud.

Alcanzar esta armonía no sólo requirió muchas horas de trabajo, sino que también fue necesario fortalecer el liderazgo, desarrollar competencias e integrar una visión conjunta para caminar en una misma dirección.

En el desarrollo de este capítulo se describen de manera breve las acciones realizadas que, a nuestro juicio, fueron clave para lograr la meta.

ANTECEDENTES

La Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 36, de Tijuana, Baja California, inició labores en febrero de 2001; su plantilla estaba integrada por profesionales provenientes de diferentes unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, con un promedio de 16 años de antigüedad institucional.

Desde los inicios la participación e interacción del cuerpo de gobierno con el personal permitió construir la filosofía organizacional, logrando compartir la visión, la misión, el código de ética y los valores, además de consolidar un equipo altamente comprometido con una perspectiva compartida, alta experiencia profesional y disposición para la mejora continua y el desarrollo de competencias organizacionales para generar ventajas competitivas.

Con el propósito de otorgar calidad en la atención médica, en 2003 el personal directivo se comprometió y trabajó para mejorar los procesos, a fin de lograr la certificación ante el Consejo de Salubridad General (CSG), por lo que habría de reforzar el trabajo cotidiano a fin de dar cumplimiento a los estándares contenidos en la cédula del CSG aplicables a la Unidad de Medicina Familiar y alcanzar una calificación aprobatoria; el objetivo se cumplió.

Cabe destacar que en la unidad se ha fomentado la cultura de calidad y el personal siempre ha participado y se ha involucrado de manera proactiva en la mejora continua; prueba de ello han sido los reconocimientos que se le han otorgado a la unidad, mostrados en el cuadro 7-1.

Para dar continuidad al trabajo realizado era necesario obtener la recertificación; sin embargo, en esta ocasión se presentaban dos retos: demostrar el cumplimiento de los estándares del CSG que a partir de 2009 habían sido homologados a los de la *Joint Commission*, con un alto grado de dificultad, y por otro, por ser una unidad de atención ambulatoria se debían implementar los procesos hospitalarios, para ser aplicados en los procedimientos de endoscopia, cirugía, hemodiálisis, inhaloterapia y quimioterapia.

Además de ser un compromiso generado desde la Unidad de Atención Médica, la filosofía del personal promovía siempre nuevas metas, por lo que se elaboró un programa de trabajo con el propósito de realizar actividades de forma organizada, con resultados objetivos y palpables.

Cuadro 7-1.

Logros y reconocimientos	Emisor	Fecha
Certificación como Establecimiento Seguro	Bomberos y Protección Civil	2002
Certificación de la Unidad de Medicina Familiar	Consejo de Salubridad General	2003 a 2006
Certificación de Archivo Clínico	Corporativo de Nivel Central	2003
Unidad Modelo PREVENIMSS	Delegación	2003
Reconocimiento a personal interdisciplinario	Delegación (Salud Reproductiva y Materna) que durante cuatro años mostró una tasa de cero mortalidad materna	2004
Implementación del Proyecto de Mejora de Medicina Familiar	Delegación (Atención Médica) 100% en tiempo récord	2005
Mejores logros en seguridad e higiene	Delegación	2005 a 2006
Mejores logros en seguridad e higiene	Delegación	2006 a 2007
Recertificación de Unidad de Medicina Familiar	Consejo de Salubridad General	2006 a 2009
Unidad Modelo de Medicina Familiar	Corporativo Nivel Central	2006
Ganador del premio IMSS de Calidad 2006	Corporativo Nivel Central	2006
Reconocimiento por ser unidad ganadora del premio IMSS de Calidad 2006	Secretaría de Salubridad y Asistencia	2006
Reconocimiento por ser la unidad ganadora del premio IMSS de Calidad 2006	Honorable Consejo Consultivo Delegacional	2006
Finalista del Premio Nacional de Calidad 2008 y 2009	Premio Nacional de Calidad	2008 y 2009
Unidad Ganadora del Premio Baja California por la Calidad	Gobernador del Estado	2010

A mediados de 2010 se solicitó a la Unidad de Atención Médica (UAM), responsable del proceso de Certificación en el Instituto, su autorización para inscribirse ante el Consejo de Salubridad General. Considerando que la unidad ya estaba lista para la visita, en la UAM se determinó enviar auditores institucionales para validar el trabajo logrado y evaluar si la organización estaba preparada para la auditoría del Consejo de Salubridad General. A finales de 2010 se recibió la visita de dos auditores institucionales, a quienes se les dio un recorrido por las instalaciones, desde la azotea hasta la Unidad Quirúrgica y todas las áreas de la unidad. Pero sobre todo hubo cuestionamientos al personal para identificar si estaba comprendido el modelo de gestión de calidad, para que a su vez aplicaran los estándares en forma adecuada. El resultado fue el desconocimiento del personal operativo de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, que son uno de los pilares de este modelo. Este diagnóstico dejó claro que aún faltaba mucho trabajo, comprensión de los estándares y su implementación adecuada.

De dicha visita resultó evidente el replanteamiento del trabajo pese a los logros obtenidos con anterioridad; se buscaron antecedentes que permitieran aplicar experiencias de éxito utilizadas en organizaciones similares.

Después de un análisis exhaustivo quedó claro que el camino al éxito requería la participación de toda la organización; como primer paso fueron identificadas las buenas prácticas en la literatura internacional, además de las recomendaciones para evitar errores de comunicación y convertir el trabajo individual por el de grupo, a fin de reducir los eventos adversos, e integrar la capacitación de equipos multidisciplinarios.¹

DESARROLLO

Las experiencias vividas en la Delegación Baja California para la elaboración de proyectos de mejora que requieren la participación de personal de diferentes categorías han mostrado que el trabajo en equipo es la mejor forma de articular las actividades laborales en torno a un conjunto de objetivos, metas y resultados por alcanzar. Implica una interdependencia activa entre los integrantes de un grupo.

El trabajo en equipo promueve la interacción, la colaboración y la adhesión entre los miembros para llegar a acuerdos y hacer frente a los posibles conflictos; la competencia mal conducida, la imposición de jerarquías y la división del trabajo desmotivan a las personas y no siempre resultan eficientes. “El trabajo en equipo se caracteriza por la comunicación fluida entre las personas, basada en relaciones de confianza y de apoyo mutuo.”²

La jefatura delegacional de Prestaciones Médicas consideró indispensable integrar un equipo de trabajo que involucrara al personal de la Coordinación de Organización y Calidad, al Equipo de Supervisión Delegacional, al personal de la propia Delegación y al Cuerpo de Gobierno de la unidad para elaborar en primera instancia un programa de trabajo, con distribución de las tareas y asignación de responsables. El líder del equipo (director de la unidad) se concretó a los planes maestros, los cuales marcarían las directrices a seguir. En los primeros meses de 2011 se inició con la capacitación sobre las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente al personal de enfermería. Al mismo tiempo se evaluaron y registraron en las cédulas de autoevaluación del CSG:

1. Autoevaluación 2012, Consejo de Salubridad General, utilizado para los hospitales; sin embargo, es aplicable a la UMAA al tener procesos invasivos (quirúrgicos, hemodiálisis, quimioterapia, endoscopia). En esta cédula se realiza una revisión preliminar sobre el cumplimiento de los siguientes puntos:
 - Recursos humanos.
 - Instalaciones físicas.
 - Equipamiento.

- Insumos.
 - Expediente clínico.
 - Atención y quejas.
 - Comités.
 - Documentación.
 - Sistemas de información.
2. Estándares de estructura para la evaluación de establecimientos de atención médica de rehabilitación.
 3. Criterios de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica ambulatoria.
 4. Autoevaluación 2012. Unidades de hemodiálisis.

Las cédulas II, III y IV contienen los mismos apartados que la primera.

La evaluación y registro de estas cédulas permiten hacer un autodiagnóstico, corregir o adecuar los puntos faltantes, lo cual constituye una evaluación preliminar y un requisito indispensable para la inscripción ante el CSG.

Para entonces no había satisfacción en cuanto a los avances, no se había logrado consolidar el equipo y no se contaba con un sistema para gestionar el cambio. Se identificaron barreras, como la estructura orgánica actual de las Unidades de Medicina Familiar y las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria que siguen el modelo del organigrama tradicional, en el que las decisiones operativas son tomadas siguiendo las directrices que se establecen desde la alta dirección.

Esta organización vertical en las unidades médicas no favorece el establecimiento de un sistema de gestión de calidad ni estimula el trabajo en equipo; además de que obstaculiza algunas acciones y limita el logro de objetivos compartidos, tampoco promueve la cooperación y la cohesión del equipo de salud. Se diseñó un organigrama circular, en el que el líder que se encuentra dentro del círculo es el servidor de los que están a su alrededor, modificando al interior el concepto de autoritarismo por el de servicio, lo que favorece el trabajo en equipo (figura 7-1).

Al tomar la decisión de adoptar el modelo de gestión de calidad y seguridad (Estándares de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General) se concluyó que era indispensable lograr la cohesión del equipo que coordinaría el trabajo, para lograr establecer sinergia con la estructura delegacional y la participación de todos los trabajadores de la unidad, lograr que los colaboradores valoraran la oportunidad de participar y que su contribución fuera determinante para el objetivo final y privilegiar la calidad y seguridad del paciente, modificando los procesos de acuerdo con los resultados obtenidos, empoderando a los trabajadores de todos los niveles y proporcionando la oportunidad de participar en el establecimiento de una cultura de trabajo en equipo para conseguir la certificación del Consejo de Salubridad General, en pocas palabras “se

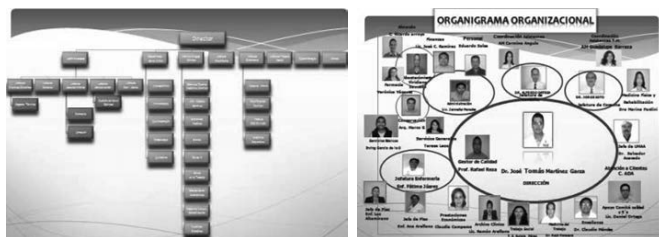


Figura 7-1. Organigrama de la Unidad de Medicina Familiar/Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 36.

buscaba afrontar el reto de lograr un cambio organizacional”. Para conseguir este cambio en la organización fue necesario integrar al grupo con las características ya mencionadas, al delegado y su cuerpo de gobierno, y diseñar el Plan Estratégico para lograr la certificación, basada en tres pasos fundamentales:

1. Elaborar el diagnóstico situacional funcional (situación actual–situación deseada).
2. Identificar la problemática existente.
3. Priorizar las actividades (figura 7-2).

Para avanzar en la estrategia se alineó el plan con ocho acciones secuenciales y el siguiente lema: “La calidad y seguridad nuestra meta, la satisfacción nuestro orgullo”.

1. Capacitación al jefe de Prestaciones Médicas por parte de la Unidad de Atención Médica.
2. Capacitación al delegado y su cuerpo de gobierno mediante cursos sobre certificación, coordinados e impartidos por la jefatura delegacional de Prestaciones Médicas y la coordinación delegacional de Organización y Calidad.
3. Fortalecimiento del equipo asesor delegacional mediante la capacitación formal de asesores que brindarían su apoyo de tiempo completo a la unidad.
4. Identificación y capacitación de los líderes naturales de la unidad, que actuarían como responsables en cada uno de los apartados.
5. Difusión a todo el personal de la unidad médica.
6. Capacitación programada por turno de los talleres:
 - Aspectos generales de certificación (8 h).

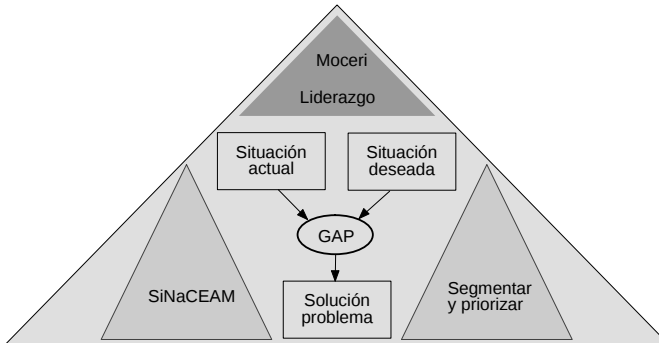


Figura 7-2. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica SiNaCEAM

- Taller avanzado (36 h); con la participación de todos los trabajadores (246 participantes).
- 7. Asesoría permanente del equipo de la Coordinación de Calidad y Normatividad Delegacional y la realización de auditorías internas programadas para los evaluar avances.
- 8. Asesoría/auditoría por parte de personal de la Unidad de Atención Médica de Nivel Central (figura 7-3).

Durante el desarrollo del plan se logró identificar que el estilo de liderazgo compartido es primordial para la obtención de objetivos. Compartir las responsabilidades entre los líderes formales y la participación de los líderes naturales implicaron el componente de mayor importancia al empoderar a los colaboradores de todos los niveles y darles la oportunidad de tomar la conducción de sus estándares, observando como resultado el surgimiento de la creatividad, la innovación, la agilidad en el abordaje de la problemática y la proactividad que estimulaba la autonomía acotada por los objetivos.

Se observó que en la dinámica de integración de los equipos en los que se compartió el liderazgo entre dos o más personas se propiciaron alianzas, haciendo una realidad el cambio organizacional.

El apoyo recibido del Nivel Central a través de la Unidad de Atención Médica en forma de visitas de asesoría y auditoría apuntaló el trabajo realizado. La lección aprendida implicó la comunicación y el apoyo de la estructura de nivel central, contribuyendo a dar soporte a los componentes clave del trabajo en equipo:



Figura 7-3. Certificación de hospitales.

- Compresión del modelo: de apariencia sencilla, aunque fue difícil comprender y aterrizar el cumplimiento de estándares.
- Objetivos en común: sin perder de vista el objetivo final fue necesario tener presente que las personas tienen un conjunto de necesidades y metas que buscan satisfacer en todos los ámbitos de su vida, incluido el trabajo institucional. Una de las claves del buen funcionamiento de los equipos es lograr que las metas personales sean compatibles con los objetivos del equipo para proporcionar satisfacción y motivación, condición que genera un mayor sentido de pertenencia y adherencia al proyecto.
- Organización del trabajo: se realizó de forma lógica mediante un avance gradual y progresivo, tanto en la mejora de los procesos como en la elaboración de la Guía Documental, elementos normativos que marcaron la directriz para estandarizar todas las actividades.
- Equipos de alto desempeño: para tener mayor penetración en el personal de la unidad, de acuerdo con las fortalezas de su cuerpo directivo, el líder integró equipos de alto desempeño, formados por colaboradores adscritos a la unidad, que aportaron conocimientos y una serie de características diferentes (experiencia, formación, personalidad, actitudes, etc.) para influir decisivamente y alcanzar el logro de objetivos, además de que estaban comprometidos entre sí para la obtención de los resultados, aun aportando su tiempo libre.

Estos equipos fueron distribuidos de acuerdo con los apartados que contienen todos los estándares; por su importancia se enuncian en primer lugar las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

1. Identificar correctamente a los pacientes. Objetivo: mejorar la precisión en la identificación para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
2. Mejorar la comunicación efectiva. Objetivo: prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Objetivo: prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.
4. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Objetivo: prevenir errores que involucren cirugía en el sitio, procedimiento y paciente incorrectos.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. Objetivo: reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. Objetivo: identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

De igual forma fueron distribuidos los demás apartados, de acuerdo con lo señalado en la figura 7-4.

Es ineludible reconocer que existieron barreras, limitaciones y conflictos; sin embargo, cuando surgieron se canalizaron y se resolvieron de manera positiva; asimismo, el líder (director de la unidad) estableció la necesidad y el momento de intervenir, respetando la estructura del equipo y facilitando la comunicación entre todos los integrantes, haciéndoles sentir que tenían el derecho de participar en las decisiones tomadas. Es importante mencionar que el respeto que surgió entre todos los participantes y el reconocimiento mutuo a sus aportaciones reforzó la motivación y consolidó la dinámica del trabajo en equipo.

¿Cuáles podrían ser las recomendaciones después de haber participado en este proceso de cambio?

Como equipo se identificaron varias claves de éxito.

La confianza es la forma más elevada de la motivación humana.
Stephen R. Covey

1ª clave

Liderazgo

Para lograr la certificación de la unidad fue fundamental contar con un equipo de líderes comprometidos incondicionalmente a cumplir con los retos y objetivos

Metas Internacionales de seguridad del paciente	Estándares centrados en el paciente	Estándares centrados en la gestión
Identificación correcta del paciente	Acceso a la atención y continuidad de la misma	Mejora de la calidad y la seguridad de la misma
Comunicación efectiva	Derechos del paciente y de su familia	Prevención y control de infecciones
Medicamento de alto riesgo (electrolitos concentrados)	Evaluación de pacientes	Gobierno, liderazgo y dirección
Cirugía correcta Paciente correcto Procedimiento correcto	Servicios auxiliares de diagnóstico	Gestión y seguridad de la instalación
Prevención de infecciones en la atención médica higiene de manos	Atención de pacientes	Calificaciones y educación del personal
Prevención de caídas	Anestesia y atención quirúrgica	Manejo de la comunicación y la información
	Manejo y uso de medicamentos	
	Educación del paciente y de su familia	

Figura 7-4.

de la alta dirección de la unidad y del mismo Instituto, constituidos como un equipo de alto rendimiento, entendiendo por liderazgo, según Warren Bennis, “la capacidad de transformar la visión en realidad”.

2ª clave

Trabajo en equipo

El grupo integró a personal de todos los niveles —desde operativo hasta la alta dirección. La función relevante fue la interacción para hacer más eficientes sus actividades y potenciar los resultados.

3ª clave

Utilizar nuestros recursos

Los recursos utilizados de manera eficiente permitieron un avance constante.

4ª clave

Soporte financiero del delegado y de la jefatura de Prestaciones Médicas

En casos muy especiales existió el apoyo económico, comprometiendo recursos delegacionales para resolver los problemas de infraestructura y equipamiento.

5ª clave

Romper resistencias

Igual que en la mayoría de las organizaciones de salud, los más reacios al cambio fueron los médicos, aunque también hubo resistencia en el resto del personal que tenía dificultad para la comprensión y el aprendizaje de este modelo. ¿Por dónde hay que empezar?

En la organización ya se hablaba el lenguaje de calidad total y se empleaban los términos clientes, planeación estratégica, responsabilidad social, mejora continua y otros términos de calidad total, pero ahora se enfrentaba el aprendizaje de un nuevo lenguaje, que incluía estándares con siglas en inglés, por lo que fue necesario desaprender el lenguaje anterior o por lo menos dejar de hablarlo, para poder aprender el nuevo idioma. El objetivo era que por el cliente y el personal ajeno a la unidad percibieran el cambio, y se lograra la implementación de la cultura de calidad y seguridad.

6ª clave

Diagnóstico

La estrategia inicial fue realizar un autodiagnóstico mediante el llenado de la cédula de estructura y procesos, pero realmente en los procesos fue donde hubo una detención.

7ª clave

Capacitación

Un punto clave en toda mejora es la capacitación. En las aulas en todos los turnos los expertos trabajaron arduamente para cubrir a todo el personal, no sólo en cuanto a los estándares sino en la identificación de riesgos, reporte de eventos adversos y la importancia de implementar acciones para prevenir y evitar su recurrencia.

8ª clave

Supervisión de avances

Es esencial para medir resultados. Con la asesoría de los expertos se diseñó una herramienta para auditoras cruzadas entre departamentos. Con el fin de dar segui-

miento a la implantación de Metas Internacionales de Seguridad para el Paciente se capacitaron 40 auditores y se comenzó haciendo una auditoría para saber si el personal conocía las metas y posteriormente si se realizaban las acciones, con el objetivo de cumplir con las metas internacionales.

9ª clave

Presentación de la unidad

Preparar las presentaciones obligadas a lo largo de la auditoría formal constituyó un reto, ya que ellas traducen la total comprensión del modelo y de su aplicación. Asesorados por la UAM, y con la inversión de mucho tiempo, esta actividad fue el soporte para la comprensión total del modelo.

10ª clave

Priorización de riesgos

El punto de partida fue identificar los riesgos, condición que también tuvo su grado de dificultad, ya que de manera habitual pasaban inadvertidos los focos rojos en la unidad, porque no se encontraba integrada al esquema de trabajo esta competencia. La lista de riesgos era interminable, como ocurre en todas las organizaciones de salud, pero ahora habría que establecer prioridades para hacer un trabajo efectivo, corrigiendo o mejorando en primera instancia los riesgos que generarían un mayor impacto.

11ª clave

Elaboración de la Guía documental

Un elemento importante es la integración de los documentos que contienen todos los lineamientos de cada uno de los apartados y estándares, el cual combina el dominio del modelo y conocimiento de la organización, además de la claridad con la que se va a transmitir a personal operativo para facilitar su aplicación y evitar que sólo implique el cumplimiento de un requisito sin valor.

12ª clave

Resiliencia

“Hay que crecerse ante el castigo”. Después de vivir las diferentes auditorías de la UAM y cumplir recomendaciones no faltaron momentos de crisis en los que todo esfuerzo parecía inútil o con exigencias cada vez mayores; había dos caminos: el desánimo paralizante o la reacción al dolor; así, se eligió la segunda opción y el impulso fue mayor.

13ª clave

Aprender de otros

Este proceso no sólo permitió fortalecer las competencias de seguridad del paciente, sino aprender de cada uno de los miembros de la organización para enriquecer el quehacer cotidiano, además de que se tuvo la oportunidad de que varios líderes participaran en auditorías del CSG realizadas a hospitales de otras instituciones o de la iniciativa privada, lo cual fortaleció a la organización al poder comparar los procesos para adquirir buenas prácticas.

14ª clave de éxito

Reconocer el desempeño

Para alcanzar los objetivos es vital establecer metas claras, factibles y en periodos cortos (sin olvidar las de mediano y largo plazos), para que el personal perciba e identifique los resultados. Pero la gran diferencia se consigue cuando se reconoce el desempeño de todo el personal, porque esto lo motiva para continuar en el camino de la calidad y seguridad del paciente.

15ª clave

Mantener los logros

Cuando se implementa una cultura de la calidad y seguridad del paciente es posible transformar los cambios momentáneos en hábitos y estilos de vida, lo cual hace posible realizar de manera permanente acciones seguras y mantener los buenos resultados.

16ª clave

Compartir el conocimiento

Después de haber logrado la certificación, varias unidades médicas de la institución y privadas solicitaron asesoramiento, lo cual ha estimulado al personal, además de que al compartir experiencias se generan ganancias, lo cual resulta en una organización que aprende permanentemente.

17ª clave

Hacer un alto, ser analítico y redireccionar

Hoy es parte de la cultura estar inmersos como cuerpo de gobierno en el análisis de las necesidades de los pacientes, de exigir la mejora continua, pero sobre todo

de realizar revisiones con un sentido crítico, buscando detectar nuevos riesgos y en algunas ocasiones redireccionar hacia las mejores prácticas y alternativas.

18ª clave

Adaptación al cambio

Es una característica básica para implementar este nuevo modelo, pero además se requiere adquirir competencias para tener una respuesta rápida, sobre todo si se trata de la salud y la vida del paciente.

19ª clave

Renovar día con día los sueños

Sólo así es posible visualizar los alcances, pero lo importante es trabajar para conseguir que se conviertan en realidades.

A lo largo de este proceso se contaron grandes logros para la organización, como son:

- Quirófanos remodelados.
- Cuarto para materiales y residuos peligrosos.
- Personal capacitado en reanimación cardiovascular avanzada.
- Brigadas integradas y capacitadas contra incendios, de evacuación, de búsqueda y rescate, y especiales contra derrames.
- Diagnóstico estructural y de procesos de la unidad.
- Dictamen estructural de la unidad.
- Pararrayos probado y con funcionamiento adecuado.
- Sistema de monitoreo del agua.
- Carros rojos para todas las áreas críticas.
- Detectores de humo.
- Sistema de alarma.
- Ampliación de farmacia.
- Buzones para el sistema VENCER II.

Pero sobre todo se logró fortalecer una cultura de calidad y seguridad para el paciente.

CONCLUSIONES

El proceso de certificación representó muchas horas de trabajo y esfuerzo personal y conjunto con disposición al cambio, así como momentos de desesperanza

y desilusión, pero la mayor fortaleza fue aprender que los grandes cambios no se logran si no existe un liderazgo efectivo que permita establecer la dirección correcta hacia el objetivo, hacer fácil lo difícil y realizar los sueños, y un equipo de trabajo para potenciar las competencias de cada y para hacer más corta la brecha, lograr una comunicación clara y oportuna que transmita el mensaje correcto en el momento adecuado y por supuesto contar con una vocación de servicio para no perder la sensibilidad y olvidar que en nuestras manos está la salud y la vida de los pacientes, así como reconsiderar la importancia de los profesionales de la salud en la sociedad.

REFERENCIAS

1. Sehgal NL, Fox M, Vidyarthi AR, Sharpe BA, Gearhart S *et al.*: Triad for Optimal Patient Safety Project. A multidisciplinary teamwork training program: the Triad for Optimal Patient Safety (TOPS) experience. *J Gen Intern Med* 2008;23(12):2053–2057. Epub 2008.
2. *Competencias para la profesionalización educativa*. Módulo 9. Buenos Aires, IIPE, 1999: 5–7.
3. Bennis WG: *On becoming a leader*. 1999.
4. Martínez M, Salvador M: *Aprender a trabajar en equipo*. Paidós, 2006.
5. Fainstein HN: Ideas para pensar. En: *Aportes del trabajo en equipo para una cultura de la calidad*. <http://www.gestiopolis.com/canales2/gerencia/1/trabequculcal.htm>.
6. Soler GF: Equipos de alto desempeño—las cualidades de un verdadero líder. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rhh/eqaluch.htm>.
7. Buchloz S, Roth T: *Cómo crear un equipo de alto rendimiento en su empresa*. Buenos Aires, Atlántida, 1992.
8. Mayo A, Lank E: *Gestión. Las organizaciones que aprenden*. 2000.
9. Maxwell JC: *Las 17 leyes indiscutibles del trabajo en equipo*. 2003.
10. LaFasto F, Larson C: *Cuando los equipos trabajan mejor*. 2001.
11. Gómez A, Acosta H: *Cuál puede ser una buena práctica para fomentar el trabajo en equipo*. 2003.
12. Bruce A, Pepitone J: *Tenga a su equipo motivado*. México, McGraw–Hill, 1999.

Implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

María Concepción Navarro Orozco, María Guadalupe Bravo Vigil,
José Ernesto Rodríguez Loreto

INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El ejercicio médico siempre se ha regido por el principio hipocrático *primum non nocere*; sin embargo, a partir de la publicación de *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de EUA en 1999, se ha hecho evidente la imperiosa necesidad de implementar estrategias dirigidas a evitar los eventos adversos en los pacientes, los cuales pueden producir desde lesiones menores hasta la muerte; de igual forma, resulta indispensable generarle satisfacción al paciente, a los familiares y a los profesionales de la salud, pues sólo así se estará otorgando atención médica con calidad y seguridad.

Finalmente, todas las estrategias diseñadas deberán converger en los problemas prioritarios de salud para tener resultados de impacto.

En la actualidad no existe la menor duda de que el error se genera por fallas en el sistema, como lo demuestra la teoría de James Reason (figura 8-1).

Es innegable que la seguridad del paciente constituye una condición indispensable para poder lograr una atención médica de calidad; no está por demás insistir en que no hay procedimiento médico que no conlleve algún riesgo, de lo cual se deduce que tanto el médico como la enfermera y todos los profesionales de la salud deberán hacer una evaluación de los riesgos y los beneficios que entrañan las diferentes opciones terapéuticas que se pueden ofrecer a cada paciente. No siempre ha de elegirse el tratamiento más eficaz ni el menos riesgoso. En el primer caso, porque a pesar de su inocuidad en lo que hace a los efectos secundarios, es

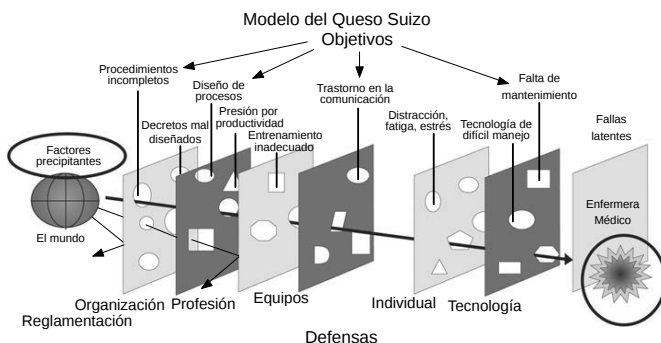


Figura 8-1. La existencia de factores extrínsecos e intrínsecos pueden alinear los túneles del "queso suizo", que son las áreas de riesgo para que el paciente pueda sufrir daños. Identificarlas a tiempo, controlarlas y establecer barreras de seguridad en cada una de ellas representa la diferencia entre la seguridad o el daño que todo paciente puede sufrir al ingresar a un establecimiento de atención médica.

probable que no tenga la eficacia suficiente para garantizar la mejoría del paciente; en el segundo, porque puede implicar un gran peligro que resulte inaceptable para ese paciente en particular.

La calidad consiste en hallar el punto óptimo entre ambos extremos, es decir, "el beneficio máximo posible con el menor riesgo" (Donabedian, 1966). Es este axioma la palabra "posible" da la clave, ya que se debe dirigir a la eliminación de riesgos para hacer factible el otorgamiento de una atención médica de calidad y segura.

En virtud de que la medicina deja muchas de las decisiones al juicio personal de quien la ejerce, resulta claro que las definiciones de lo que es y no posible pueden variar ampliamente.

Esto ubica al profesional de la salud entre dos extremos; si logra mantenerse en el centro hará el mejor uso de sus conocimientos y su talento para brindar la atención más adecuada a cada paciente. No obstante, si se ubica en los extremos, pondrá en riesgo la seguridad del paciente; las guías clínicas precisamente buscan evitar esos extremos.

Vale la pena reiterar que el riesgo es inherente al ambiente hospitalario, por ello el personal que brinda atención médica debe aprender a detectar, realzar y contener los riesgos, con el fin de ofrecer una atención médica segura y, en consecuencia, de calidad.⁷

OBJETIVO

Analizar y compartir buenas prácticas en materia de calidad y seguridad del paciente implementadas en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el propósito de presentar evidencias de los resultados exitosos relacionados con la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Paradójicamente los establecimientos de salud representan un riesgo implícito en la atención del paciente. Identificar los riesgos a los que se están expuestos, establecer barreras de control y minimizarlos forma parte de la nueva cultura de seguridad para el paciente. Cada año cientos de miles de pacientes de todo el mundo son lesionados o mueren mientras reciben asistencia sanitaria. Los incidentes contra la seguridad del paciente se producen entre 4 y 16% de las personas hospitalizadas. En los países desarrollados se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufre daños.¹

Los estudios de prevalencia de eventos adversos, como INEAS, APEAS e IBEAS, realizados a nivel mundial con gran participación de América Latina, en especial el último, se desarrollaron en 58 hospitales de México, Costa Rica, Colombia y Argentina, con una prevalencia de eventos adversos de 10.5%.⁸

El análisis de estas aportaciones dio por resultado la posibilidad de clasificarlos y agruparlos en aquellos que por su trascendencia y frecuencia son altamente prevenibles si se establecen barreras de seguridad. Los más frecuentes son:

- Equivocación de pacientes en el momento de otorgar atención médica.
- Comunicación inadecuada en el momento de emitir y recibir una orden o reportar resultados de estudios de auxiliares de diagnóstico.
- Confusión de medicamentos por sus características propias, presentación, nombre o dosificación su administración de manera equivocada puede condicionar daños graves al paciente.
- Error en el momento realizar procedimientos quirúrgicos.
- Posibilidad de infecciones intrahospitalarias por falta de higiene de manos del personal de salud.
- Caídas de pacientes por falta de medidas de seguridad.

Derivado del análisis de la agrupación de los estudios mencionados, aunados a otros más, se determinaron los eventos adversos más frecuentes en lo que hoy se conoce como Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, que fueron promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2004, cuando se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, y que han sido difundidas a nivel mundial hasta convertirlas en uno de los principales ejes de medición en cuestión de seguridad del paciente.

La implementación de estas metas conlleva el compromiso de transitar de la simple atención a la verdadera cultura de otorgar la seguridad que el paciente espera recibir, y que los establecimientos de salud están obligados a otorgar. Esto se ha convertido en un compromiso global.

El Consejo Nacional de Salubridad, autoridad sanitaria responsable de certificar los establecimientos de atención médica, integra un capítulo especial para su evaluación empleando los estándares homologados de la *Joint Commission International*.

A continuación se describen los aspectos más relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	Objetivo	Prácticas seguras
Identificar correctamente al paciente	Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucren al paciente equivocado	Contar con al menos dos identificadores, de preferencia que los conozca el paciente. En el IMSS son el nombre y el número de seguridad
Mejorar la comunicación efectiva en órdenes verbales y telefónicas	Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas cuando las circunstancias limiten el registro de las órdenes médicas por escrito	Escuchar, escribir, leer y confirmar para evitar confusión y error; en caso de extrema urgencia se escribe al final
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados, heparinas, insulinas, anticoagulantes, citotóxicos y medicamentos radiactivos	Clasificar, separar, etiquetar y resguardar los medicamentos de alto riesgo, para diferenciarlos de los de uso común mediante la leyenda "medicamentos de alto riesgo", así como la doble verificación antes de preparar y administrar
Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto	Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto	Lista de verificación que incluye el tiempo fuera y el marcaje quirúrgico para evitar equivocaciones
Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica	Evitar el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos	Programa efectivo con técnica adecuada de lavado de manos, en los cinco momentos correctos
Reducir el riesgo de daño al paciente ocasionado por caídas	Evitar el riesgo de daño al paciente por causas de caídas	Identificación de factores de riesgo y clasificación de los riesgos de caída (escala de Newman) para establecer medidas preventivas para evitar caídas

Es indispensable, como primer paso, transitar de una cultura tradicional hacia una de seguridad, para contar con una base sólida en la preparación para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente; probablemente sea una de las situaciones más difíciles de llevar a cabo, debido a la renuencia al cambio que se pueda presentar por parte de los profesionales de salud y el resto de los trabajadores de un hospital, ya que finalmente todos participan. Es por ello que el conocimiento de los objetivos de las mismas es la base para la sensibilización y capacitación, situación alcanzable cuando se ejerce un buen liderazgo.

En el periodo de preparación se realizaron las siguientes acciones:

- Sensibilizar a todo el personal del hospital.
- Establecer como política prioritaria del hospital la seguridad del paciente. Una de las primeras acciones a realizar es la implantación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).
- Fortalecer el liderazgo de todos los jefes de servicio para dirigir los esfuerzos de manera correcta.
- Integrar equipos de trabajo para coordinar y evaluar la implementación de las MISP.
- Identificar y priorizar los riesgos de los procesos de atención médica en los que apliquen las MISP.
- Involucrar al personal operativo donde impere el cambio de cultura laboral hacia la seguridad del paciente.
- Elaborar un programa efectivo de sensibilización, difusión, implantación, evaluación y mejora.
- Adoptar y adaptar las mejores prácticas relacionadas con las MISP.
- Fortalecer el sistema de registro VENCER.

El programa de implementación estuvo integrado por las siguientes fases:

Fase I: capacitación de directivos y sensibilización al personal operativo.

- Sensibilización al personal operativo, dando a conocer el impacto que representan los riesgos al no aplicar las MISP, tanto en salud para el paciente como en costos para el establecimiento. También puede repercutir en la seguridad de los trabajadores de la salud.
- Capacitación y conocimiento de las MISP por parte del personal directivo.
- Formación de equipos de trabajo para la difusión y la implementación, de preferencia conformados por el propio personal operativo previamente capacitado y liderado por personal directivo.
- La importancia del proceso de sensibilización radica en conocer el impacto y el “para qué”; esto facilitará establecer las medidas de seguridad.

Generalmente las situaciones impositivas o autoritarias dificultan la aplicación práctica.

- En el Hospital de Ginecoobstetricia el desarrollo de esta fase fue de dos meses y estuvo fortalecido con la impartición de un diplomado en certificación.

Fase II: difusión:

- Elaboración de material didáctico: diapositivas, carteles, mantas, pósters, mamparas, videos, juegos, concursos de conocimientos, memoramas, Jeopardy!, ruletas rusas, botargas, etc.
- Implementación de la semana de lavado de manos: concurso de cartel de lavado de manos y asesoría en la técnica correcta del lavado de manos.
- Foros de difusión: sesiones generales, departamentales, utilización de pantallas, sistema de voiceo, protectores de pantallas en sistemas de cómputo, etc.
- Importancia de la capacitación y participación del paciente y sus familiares.
- Esta fase es permanente y forma parte de las actividades de inducción y capacitación que recibe el personal de nuevo ingreso.

Fase III: medición de impacto y mejoras:

- Elaboración de guías de supervisión con indicadores objetivos y prácticos. El mecanismo de recolección siempre fue observacional en campo y en todas las áreas del hospital.
- Análisis de la información. Cada MISP fue evaluada con un indicador particular, mismo que se fue ajustando de acuerdo con los resultados, dando prioridad a los servicios de mayor riesgo, según la matriz realizada en el hospital.
- Avance. De acuerdo con los resultados se elaboraron mejoras en el programa o indicadores, a los cuales se les debe dar seguimiento puntual por parte del equipo evaluador.

Buenas prácticas en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Meta 1: identificación correcta del paciente

Evaluar invariablemente el reconocimiento del paciente con dos identificadores (nombre y número de seguridad social). Los medios para registrar los dos identificadores son los brazaletes, pero también el expediente clínico y las tarjetas en la cabecera del paciente; el cumplimiento de estas acciones sería totalmente insuficiente si no se asegurara que el personal identificará al paciente con su participación (si es posible):

- Antes de la administración de medicamentos.
- Antes de la realización de cualquier maniobra invasiva, incluyendo la colocación de catéteres y cirugías.
- Antes de la realización de cualquier estudio auxiliar de diagnóstico.
- Antes de la administración de sangre o sus componentes.
- Antes de la toma de muestras, principalmente sanguíneas para auxiliares de laboratorio.
- Antes del otorgamiento de dietas.

Las acciones de seguridad para la correcta identificación del paciente durante su estancia en un hospital (adecuación de las acciones consideradas por la *Joint Commission*, la *Joint Commission International* y la Organización Mundial de la Salud) incluyen:

1. Asegurar que se cuente con sistemas de identificación implementados para:
 - Hacer énfasis en la responsabilidad de los profesionales de la salud de verificar la identidad del paciente para asegurar que se trate del paciente correcto con la atención correcta.
 - Estandarizar en todos los casos el uso de dispositivos para la identificación del paciente y asegurar que éstos se coloquen en el momento del ingreso del paciente.
 - Establecer protocolos claros y desechar el uso de técnicas orales en pacientes comatosos, confundidos o con barrera de comunicación derivados de su nacionalidad extranjera o por encontrarse en etapas extremas de la vida.
 - Promover la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
 - Promover el etiquetado de los recipientes utilizados para sangre y demás muestras en presencia del paciente.
 - Conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y posanalíticos.
 - Cuestionar los resultados de análisis de laboratorio y otros hallazgos cuando no coincidan con la historia clínica.
 - Establecer controles y revisiones en forma continua para evitar error en el ingreso de datos al sistema.

Incorporar la capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad del paciente como parte indispensable en las etapas de introducción al puesto y en forma permanente a los trabajadores y familiares.

Educar a los usuarios de los servicios de salud sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.

Meta 2: mejorar la comunicación efectiva

- Establecer la práctica de confirmación de órdenes verbales y telefónicas, donde el emisor da la orden y el receptor escucha, escribe y lee sólo si ésta concuerda y es aceptada por el emisor.
- En situaciones de emergencia, en la que están presentes tanto el emisor como el remisor (p. ej., momentos de cirugía o maniobras de resucitación en caso de paro cardiovascular), el remisor debe repetir la orden en voz alta y el remisor confirmarla.
- El mismo ejercicio impera para los reportes telefónicos de resultados de auxiliares de diagnóstico, incluyendo los transoperatorios.
- Tanto las órdenes telefónicas como verbales posteriormente deben ser firmadas por el emisor. En el hospital se determinó que el receptor registrara en el expediente clínico la leyenda “comunicación efectiva” para dejar evidencia de la práctica realizada.

Las ordenes médicas siempre deben ser registradas en el expediente clínico, únicamente en casos de emergencia se aplica la Meta 2.

Meta 3: mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

- Los electrolitos concentrados deben ser almacenados, clasificados y separados, etiquetados con el código de colores determinado en la “Guía de implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, sin precedente en la literatura y que más adelante se incorporó en la normativa federal, la NOM072-SSA1- 2012, Para el etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios. Estos medicamentos fueron resguardados en lugares especiales, fuera del alcance de los pacientes y con la leyenda de “medicamentos de alto riesgo”. Se pueden utilizar canastillas o cajoneras con los colores específicos para cada electrolito concentrado correspondiente al color de la etiqueta.
- Los colores del etiquetado que establece la norma previamente mencionada también son de observación para la industria farmacéutica desde su fabricación:
 - 5.24.10.6.5 En el caso de los electrolitos concentrados el fondo de la etiqueta deberá cumplir con los siguientes colores:
 - 5.24.10.6.5.1 Color azul para bicarbonato de sodio a 7.5%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 mL.
 - 5.24.10.6.5.2 Color verde para sulfato de magnesio a 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 mL.
 - 5.24.10.6.5.3 Color amarillo para gluconato de calcio a 10%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 mL.

5.24.10.6.5.4 Color rojo para cloruro de potasio a 14.9%, solución para uso inyectable en ampolla con 10 mL.

- Otros medicamentos que por su presentación, nombre y dosis de envasado son fácilmente confundibles también son considerados como de “alto riesgo”, como la heparina, la insulina, los anticoagulantes y los citotóxicos, que deben guardar el mismo cuidado que los electrolitos concentrados y además se les debe establecer la política de la doble verificación, tanto en su preparación como en su administración. Esto pueden llevarlo a cabo dos enfermeras.

También fueron aplicadas otras recomendaciones de las OMS:

1. Garantizar que se identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos mediante:
 - a. La revisión anual de este tipo de medicamentos.
 - b. La implementación de protocolos clínicos que:
 - Minimicen el uso de órdenes orales y telefónicas.
 - Hagan énfasis en la necesidad de verificar el propósito del medicamento en la receta u orden, y, antes de administrarlo, verifiquen que haya un diagnóstico activo que coincida con el propósito o la indicación.
 - Pugnen por llevar invariablemente el etiquetado de medicamentos, con barreras de seguridad.
 - c. La elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles, incluyendo las que:
 - Requieren la impresión de los nombres y las dosis del medicamento.
 - Hacen énfasis en las diferencias en el nombre del medicamento utilizando métodos, como la mezcla de mayúsculas y minúsculas.
 - d. El almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético, por ejemplo, por número de cubo, en estantes o en dispositivos de dispensación automática.
 - e. La utilización de técnicas, como letras negritas y colores diferentes para reducir la confusión asociada con el uso de nombres.
 - f. La elaboración de estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos a través de:
 - Entregar a pacientes y cuidadores información escrita sobre los medicamentos, incluidas las indicaciones del medicamento, la denominación común y la marca, y los posibles efectos secundarios del medicamento.
 - Elaborar estrategias para incluir a los pacientes con trastornos de la

visión, diferencia de idiomas y conocimientos limitados de la atención sanitaria.

- Prever la revisión de los medicamentos dispensados por parte del farmacéutico, junto con el paciente, para confirmar las indicaciones y la apariencia esperada, en especial al dispensar un medicamento que se sabe que tiene un nombre problemático.
- g. La garantía de cumplimiento de todos los pasos del proceso de administración de medicamentos por parte del personal de enfermería, asegurando su capacitación

Otras recomendaciones

1. Fortalecer la capacitación en el manejo y barreras de seguridad en medicamentos con nombre o preparación parecida, tanto en el personal clínico como en el de farmacia, y de igual manera con el personal en formación.

Los sistemas de información son una herramienta útil para el mejoramiento, en general, de la calidad hospitalaria y en particular de la seguridad clínica de la atención, desde el ingreso de los pacientes a cualquier servicio clínico hasta su egreso. Pueden ser utilizados parcialmente en cualquier proceso de atención o integralmente conectando la historia clínica del paciente a cualquiera de las actividades clínicas de la atención o administrativas del control del costo y de la calidad. Su implementación requiere del compromiso gerencial para la destinación del presupuesto requerido y despliegue de la capacitación al personal de salud para su adecuado manejo.⁴

Meta 4: garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto

- En el hospital se implementó la aplicación de la lista de verificación quirúrgica de Cirugía segura, que promueve la revisión de las principales acciones antes, durante y después de la cirugía. El cirujano debe liderar su realización y deberá participar todo el equipo quirúrgico.
- Se ha fomentado que el cirujano enfatice la realización del “tiempo fuera” y antes de realizar la incisión se corrobore que se trate del paciente, el procedimiento y el sitio correcto con apoyo de otro miembro del equipo quirúrgico para su anotación.
- En el marcaje quirúrgico se utiliza un círculo con un punto central, a manera de diana, símbolo institucional, y se agregan las iniciales del nombre del cirujano. Invariablemente debe ser utilizado cuando exista bilateralidad de órganos y regiones, multiestructuras o multiniveles.
- Los casos de excepción de marcado son la cirugía en mucosas, los recién nacidos (por la probabilidad de dejar huella permanente) o cuando el pa-

ciente no lo acepta. En cualquiera de los casos se debe llevar a cabo un marcado de descripción en la hoja de cirugía segura, la cual debe firmar el paciente o su tutor legal.

Meta 5: reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica

- En el hospital se implementó un programa efectivo de lavado de manos con la técnica que la OMS sugiere, cuidando de respetar los pasos y los tiempos de misma marca. La técnica debe ser consistente y estar homologada en todos los servicios de atención médica, y aplicar tanto para el lavado con agua y jabón como con alcohol en gel.
- Los cinco tiempos correctos en los que invariablemente se debe aplicar la técnica son:
 - Antes de tocar al paciente.
 - Antes de la realización de cualquier procedimiento invasivo.
 - Después de haber estado en contacto con el paciente.
 - Después de haber estado en contacto con fluidos y secreciones del paciente.
 - Después de haber estado en contacto con artículos, ropa o mobiliario cercanos al paciente.
- Se debe estandarizar el uso de jabón gel, proscribiendo el jabón en barra para el lavado de manos.
- El programa efectivo de lavado de manos debe incluir el control bacteriológico y la cloración del agua.

Para su cumplimiento se fortalecieron los estudios de sombra con la medición por servicios, evaluación de resultados y retroalimentación en las diferentes áreas.

Meta 6: reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Existen varios factores que son condicionantes de riesgos para que el paciente sea víctima de daños por caídas, los cuales deben ser tomados en cuenta en el momento de realizar una escala para identificar la probabilidad de riesgo, utilizando la escala de Newman; sin embargo, más allá de la identificación de riesgos, la importancia de la clasificación radica en tomar medidas de precaución para evitarle un daño al paciente (cuadro 8-1).

OPTIMIZACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE

- En la UMAE de Ginecoobstetricia en Guadalajara se ha determinado que

Cuadro 8-1.

Factores de riesgos intrínsecos o propios del paciente	Factores de riesgos extrínsecos o del entorno
• Movilización y deambulación sin ayuda • Caídas previas • Edad • Estado de confusión, desorientación o alucinación • Discapacidades • Alteraciones motoras y sensitivas • Posoperatorios inmediatos • Uso de medicamentos que producen alteración del estado de conciencia • Uso de sustancias psicoactivas • Cambios de comportamiento • Alteraciones clínicas (neurológicas, cardíacas respiratorias, metabólicas y mentales) • Ansiedad relacionada con el patrón de eliminación en pacientes que deben permanecer en reposo relativo • Uso de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad	• Barandas en la cama, camilla o cuna • Uso de frenos • Iluminación • Timbre de llamada • Dotación de la habitación • Suelo húmedo y deslizante • Desorden • Ropa y calzado inadecuados

la política de clasificación de riesgos incluya áreas de tránsito, traslado y aseo personal del paciente.

- Los pacientes con capacidades diferentes y ancianos, si las condiciones y el área lo permiten, deberán permanecer con acompañante, quien debe ser instruido acerca del riesgo de caídas y cómo evitarlas.
- En la Unidad Médica de Alta Especialidad de Ginecoobstetricia en Guadalajara, se desarrolló el Código 1256 para el servicio de camillería, consistente en que el camillero que va a trasladar a un paciente aplique las siguientes metas: identificar al paciente por su nombre y número de seguridad social (meta 1), preguntar a la enfermera a cargo del paciente por el servicio al que va a ser trasladado (comunicación efectiva, meta 2) y practicar el lavado de manos (meta 5) antes de movilizar al paciente. Finalmente, la enfermera le entregará un gafete del color del riesgo de caída con las medidas generales que se deben observar para evitar caídas (meta 6).
- Otras buenas prácticas consisten en verificar que las medidas de seguridad de acuerdo con el riesgo del paciente sean realizadas de manera consistente. (mantener elevados los barandales de las camillas y usar frenos en las mismas; colocar banquillos de altura como auxiliares para cuando el paciente baja de la cama, contar con pasillos libres para su deambulación, colocar asideras (agarraderas) en sanitarios y regaderas, contar con timbre auxiliar

conectado a la central de enfermería, usar triángulos de seguridad cuando el piso está húmedo, etc.).

CONCLUSIONES

La identificación y priorización de riesgos son una base sólida para mejorar la seguridad del paciente. Dado que los eventos adversos más frecuentes están contenidos en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico de Occidente, una de las estrategias iniciales del modelo de gestión de calidad fue implementar de manera efectivas las MISP.

Para ello fue indispensable realizar la transición de una cultura tradicional arraigada durante décadas por una de seguridad, con el propósito de lograr este objetivo, sin subestimar cada uno de los obstáculos, los cuales fueron superados en el camino.

En el cuadro 8-2 se incluyen los puntos que, a nuestro juicio, fortalecieron la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente y una herramienta que facilitó su control para el apego a la quinta MISP (figura 8-2).

Cuadro 8-2.

Transformar la resistencia al cambio por la participación asertiva:

1. La fase de sensibilización es fundamental, por lo que se inició identificando los principales errores relacionados con la falta de aplicación de las Metas Internacionales detectados en la propia unidad y se difundieron gráficos en carteles en sesiones generales y departamentales, siempre cuidando no ser punitivo.
2. Se estimuló al personal para que ellos mismos idearan formas de cómo llevar a cabo su cumplimiento; tal es el caso para la obtención de canastillas de colores normativos para cada electrólito concentrado

Educación al paciente y los familiares: en la información que se otorga a pacientes y familiares se difunden las Metas Internacionales y se fomenta su participación en el cumplimiento personal; fungen como factor para recordarle al equipo de salud su observancia

Liderazgo en los servicios médicos: participación en campo de los líderes (jefes de servicio) y coordinadores de áreas, en los que ellos mismos propician el cumplimiento de metas y asesoran acerca de su práctica de una manera cordial

Participación del personal administrativo: involucrar al personal no médico apuntala los avances ni el resultado final. Se proscribió el uso de barras de jabón para la higiene de manos y se sustituyeron por despachadores de jabón en gel, colocándose pósters con los pasos de lavado de manos establecidos por la OMS en las áreas de lavabos. La participación del personal administrativo permitió siempre contar con los insumos

Campaña permanente: se realizaron trípticos, gafetes especiales de la Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, actividades lúdicas para el aprendizaje de éstas y difusión permanente en las sesiones generales, actividades que han mantenido el interés de todo el personal del hospital

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE ÁREA MÉDICA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

[illegible]

© Editorial Afili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE ÁREA MÉDICA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

El receptor de una indicación,
¿anota la indicación que se le
da de forma oral o telefónica?

No.	Personal	Servicio	Turno	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA												¿La indicación oral o telefónica se dio por una emergencia?	
				¿Las indicaciones médicas se encuentran por escrito en el expediente clínico?		El receptor de una indicación ¿anota la indicación que se le da de forma oral o telefónica?		El receptor de la indicación, ¿lee de vuelta a su interlocutor la indicación que se le dio?		¿La indicación es confirmada por la persona que la dio?							
				Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No				
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	

* Puede ser una orden, indicación o entrega de resultados de un análisis

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE ÁREA MÉDICA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOBISTETRICIA
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

[illegible]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE ÁREA MÉDICA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

[illegible]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACIÓN DE ÁREA MÉDICA

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA

CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

No.	Personal	Servicio	Turno	ASEO DE MANOS											
				Antes del contacto con el paciente		Antes de tarea aséptica o procedimiento invasivo		Después de contacto con fluidos y secreciones		Después del contacto con el paciente		Después del contacto con el entorno del paciente			
				Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		
				Adecuado	Inadecuado (F)	Adecuado	Inadecuado (F)	Adecuado	Inadecuado (F)	Adecuado	Inadecuado (F)	Adecuado	Inadecuado (F)	Adecuado	Inadecuado (F)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															

PREVIO

1. Quitar alfileres

2. Uñas cortas

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

1. Duración > 40 seg jabón, > 20 OH

2. Mojar manos

3. Jabón suficiente en manos

4. Frotar palmas

5. Palmas-dorso/entrelazar dedos

6. Palmas entrelazar dedos

7. Dorso dedos

8. Pulgar

9. Uñas

10. Enjuague

11. Secado

12. Cierre llave con toalla

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE ÁREA MÉDICA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

[illegible]

REFERENCIAS

1. Estándares para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General, 2012.
2. NOM 072 SSA1-2012, Para el etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios.
3. Organización Mundial de la Salud: Lista de verificación quirúrgica "Cirugía Segura".
4. **Aston LF, Franco LA:** Fundamentos de seguridad del paciente para disminuir errores médicos. Colombia, Programa Editorial Universidad del Valle, 2006.
5. **Commission J:** Medicamentos de aspecto o nombre parecidos. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, 2007.
6. **Paciente CC:** Medicamentos de aspecto o nombre parecidos. *Joint Commission* 2077:1.
7. **Ruelas BE:** *Seguridad del paciente hospitalizado*. México, Médica Panamericana, 2011.
8. Lineamientos y acciones para la identificación correcta. México, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
9. **Chang M,** Organización Mundial de la Salud (OMS): Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2011.

Prevención de infecciones nosocomiales relacionadas con líneas vasculares

María Guadalupe Garza Sagástegui, Roberto Corrales Pérez, María Esther Campos Saldaña

INTRODUCCIÓN

Las infecciones nosocomiales contribuyen de manera importante a la morbilidad y mortalidad de la población, con importantes repercusiones económicas para las instituciones de salud de todo el mundo.^{1,2}

Las implicaciones son múltiples para el paciente, la institución y el propio prestador de servicios, las cuales van desde el incremento de los costos por mayor estancia hospitalaria, uso de medicamentos y resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, hasta el decremento en la satisfacción y desempeño de las actividades del personal de salud, así como el deterioro de la imagen institucional.^{2,15}

Los factores de riesgo son condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección nosocomial, entre los que se encuentran el diagnóstico de ingreso, las enfermedades de base y concomitantes del paciente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, las políticas y sistema hospitalario, el área física, el abasto oportuno y suficiente de insumos, la falta de capacitación y la disponibilidad del personal, así como la aplicación de estándares de supervisión y evaluación operativa.

La vigilancia sistemática y activa para identificar, clasificar, notificar y consignar las infecciones nosocomiales requiere un permanente estado de alerta del personal de salud que permita implementar acciones para evitar o disminuir el desarrollo de nuevas infecciones nosocomiales.^{1,2,5,6}

Su prevención es responsabilidad de todos los integrantes del equipo de salud multidisciplinario a través de programas de control de infecciones nosocomiales que son eficaces siempre y cuando sean integrales y comprendan actividades de vigilancia, prevención y control, encaminadas principalmente a identificar riesgos de manera oportuna, además de que es primordial la capacitación continua del personal de salud.

EPIDEMIOLOGÍA

Aunque las infecciones nosocomiales relacionadas con las líneas vasculares se presentan en proporciones pequeñas (aproximadamente 15%), su letalidad es alta, ascendiendo a más de 50% en el caso de algunos microorganismos, como *Staphylococcus coagulasa negativo* y *Candida* spp.^{3,4}

Aproximadamente de 25 a 30% de las bacteremias identificadas en los hospitales, son primarias; hasta 75% de ellas se asocian a dispositivos intravasculares. Estas infecciones se asocian con una elevada morbilidad y mortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria (media de siete días) e incremento importante de los costos. Su importancia radica en que con frecuencia su etiología se basa en microorganismos multirresistentes; los pacientes que se afectan cuentan con enfermedades de base graves.^{8,9}

La frecuencia de bacteremias relacionadas con catéteres depende del hospital, del servicio, del tipo de dispositivo, de la indicación por la cual fueron instalados, de la manipulación por personal poco calificado, del sitio y técnica de inserción y del número de dispositivos intravenosos instalados.^{3,4,7}

La infección puede ocurrir en el sitio de entrada en la piel del dispositivo intravascular o en la vía subcutánea del catéter, e incluso provocar bacteremia sin infección externa visible. La flora cutánea permanente o transitoria es el foco de infección.³

Los principales factores de riesgo identificados son la duración de la cateterización, el grado de asepsia en el momento de la instalación y el cuidado continuo del catéter.¹⁰

Generalmente ante la presencia de un cuadro febril sin foco aparente en un paciente que tiene catéteres periféricos o centrales se tiende a considerar que éstos son la posible fuente de infección.¹⁴

EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA

Antecedentes

- Durante varias décadas no existieron guías para el cuidado; fue hasta 1981 cuando los CDC elaboraron las primeras.

- En la década de 1980 se organizaron los primeros equipos de terapia intravenosa para reducir las complicaciones relacionadas con la nutrición parenteral.
- En 1982 Walter C. y col. demostraron el impacto de la intervención de los equipos de terapia intravenosa en la reducción de la sepsis relacionada con catéter de nutrición parenteral total (NPT) de 24 a 3.5%. (*Arch Intern Med* 1984;144.)
- En 1984 Walton Tomford y col. encontraron una tasa de flebitis de 32% que disminuyó a 15% mediante la operación de un equipo de terapia intravenosa (*Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 1986;10[6]).
- No se contaba con áreas específicas para preparar soluciones parenterales ni con equipo de terapia intravenosa.
- Los procedimientos los realizaban las enfermeras de cuidado integral.
- No se conocía la tasa basal de infecciones relacionadas con terapia intravenosa.
- El Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales, a través de la Vigilancia Epidemiológica, identificó la necesidad de organizar un grupo de enfermeras para el manejo integral de los pacientes con terapia intravenosa.

Las infecciones nosocomiales relacionadas con las líneas vasculares se clasifican de la siguiente manera:

1. Bacteremias relacionadas con catéter venoso central.
2. Infecciones en el sitio de inserción del catéter, túnel o puerto subcutáneo.
3. Flebitis.

BACTEREMIA

El diagnóstico se establece en un paciente con fiebre, hipotermia o distermia con hemocultivo positivo. Este diagnóstico también se puede dar aun en pacientes con menos de 48 h de estancia hospitalaria si se les realizan procedimientos de diagnósticos invasivos o reciben terapia intravascular. Un hemocultivo positivo para gramnegativos, *Staphylococcus aureus* u hongos es suficiente para hacer el diagnóstico. En caso de aislamiento de un bacilo grampositivo o *Staphylococcus coagulasa negativa* se requerirán dos hemocultivos tomados en dos momentos o dos sitios, o en ambos.⁷

Bacteremia primaria

Se identifica en el hemocultivo de un microorganismo en pacientes hospitalizados o dentro de los primeros tres días posteriores al egreso con manifestaciones

clínicas de infección y en quienes no es posible identificar un foco infeccioso como fuente de bacterias al torrente vascular.⁷

Bacteremia secundaria

Es la que se presenta con síntomas de infección localizados a cualquier nivel con hemocultivo positivo. Aquí se incluyen las candidemias y las bacteremias secundarias a procedimientos invasivos, como colecistectomías, hemodiálisis, cistoscopias y colangiografías. El microorganismo identificado en el sitio primario debe ser el mismo que el encontrado en la sangre. La bacteremia secundaria que desarrollan los pacientes que egresan con síntomas de infección hospitalaria deberá ser considerada nosocomial, independientemente del tiempo del egreso.⁷

Bacteremias relacionadas con catéter venoso central

Hemocultivos cualitativos con tiempo de positividad de más de dos horas (catéter periférico) o cuantitativos > 103 UFC (catéter periférico) más al menos uno de los siguientes criterios:

1. Escalofrío o fiebre posterior al uso de catéter venoso central con permanencia prolongada.
2. Fiebre sin otro foco infeccioso identificado.
3. Datos de infección en el sitio de entrada del catéter, cultivo de la punta del catéter con el mismo microorganismo identificado en sangre.
4. Desaparición de signos y síntomas en el momento del retiro del catéter.

Infecciones en el sitio de inserción del catéter, túnel o puerto subcutáneo

Se presentan dos o más de los siguientes criterios:

1. Calor, edema, rubor y dolor no relacionados con la administración de fármacos.
2. Drenaje purulento del sitio de entrada o del túnel subcutáneo.
3. Tinción de Gram positiva del sitio de entrada o del material purulento.
4. Cultivo positivo del sitio de inserción, trayecto o puerto del catéter.

FLEBITIS

Dolor, calor o eritema en una vena invadida de más de 48 h de evolución, acompañados de cualquiera de los siguientes criterios:

1. Pus.
2. Cultivo positivo.
3. Persistencia de síntomas durante 48 h o más después de retirar el acceso vascular.

Riesgos para las infecciones relacionadas con líneas vasculares y bacteremia

Los dispositivos intravasculares son una parte común e importante de la práctica hospitalaria para la administración de líquidos, nutrientes, medicamentos y componentes sanguíneos, así como para monitorear el estado hemodinámico de un paciente, además de que representan un riesgo de adquirir una infección nosocomial.

Generalmente ante la presencia de un cuadro febril sin foco aparente en un paciente que tiene catéteres periféricos o centrales se tiende a considerar que éstos son la posible fuente de infección.^{6,7} El momento de enviar un catéter a cultivo dependerá fundamentalmente del grado de sospecha de infección, del tipo de catéter y del estado clínico del paciente.

Catéter venoso periférico

Siempre que haya sospecha de infección se recomienda el retiro y envío del catéter para cultivo. Si hay exudado en el punto de salida del catéter se recomienda realizar tinción de Gram y cultivo del mismo.

Catéter venoso central no tunelizado

Se deben enviar para cultivo si el paciente tiene enfermedad grave, eritema o pus en el punto de salida del catéter, o sepsis de origen inexplicado.

Catéter venoso central tunelizado y reservorio

Estos dispositivos suelen requerir procedimientos quirúrgicos para su colocación, por lo que hay que asegurar que son la fuente de infección antes de proceder a su retiro. Para ello se deben utilizar sistemas de hemocultivos cuantitativos obteniendo sangre por el catéter y por una vía periférica, o métodos de tiempos de crecimiento que indiquen que el catéter es el origen de la infección.

En situaciones en las que se pretende conservar el catéter, el estudio semicuantitativo de la conexión y de la piel pericatóter puede ser de gran ayuda por su alto valor predictivo negativo (80 a 90%), aunque no tanto en cuanto a su valor predictivo positivo (50%).

Agente causal

Los agentes causales más frecuentes son los colonizadores de piel, como los *Staphylococcus*. Se reconoce la participación de cuatro agentes principales: *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Candida*, enterococos y *Staphylococcus aureus*. La distribución de estos patógenos varía según el tipo y tamaño del hospital.^{10,12}

La prevalencia de estos microorganismos también demuestra que las manos de los trabajadores de la salud y la flora dérmica de los pacientes son el origen predominante de patógenos en la mayoría de las infecciones relacionadas con catéter.¹³

Mecanismos de transmisión

- Manos del personal de salud.
- Colonización del pabellón (conexión de la entrada del catéter).
- Soluciones contaminadas.
- Microflora de la piel del paciente.
- Diseminación hematógena.
- Contaminación durante la inserción del dispositivo intravascular.

Patogenia

Los microorganismos pueden llegar a los dispositivos intravasculares por diferentes vías:

1. Contaminación durante la inserción del catéter.
2. Contaminación de líquidos o medicamentos endovenosos.
3. Contaminación del equipo o soluciones desde la fabricación.
4. Contaminación a través de los sitios de unión del equipo de infusión endovenosa.
5. Contaminación a través de su manipulación.

Medidas de prevención y control

- Capacitación continua al personal al menos cada seis meses en el cuidado y manejo de líneas vasculares.
- Higiene de las manos antes y después de la palpación, inserción, cambio o curación de cualquier dispositivo intravascular.
- Instalación y manejo del equipo del sistema integral de terapia intravenosa siguiendo las medidas establecidas en los estándares para las prácticas intravenosas en enfermería.

- Agua segura.
- Verificar la concentración de cloro en el agua de las cisternas de 0.2 a 1.0 ppm.
- Muestrear de servicios diferentes para asegurar la calidad del agua: dejar en reposo por dos horas para observar si deja sedimento.
- Lavar la cisterna cada seis meses.
- Introducción de medidas específicas relacionadas con la inserción y manejo de los catéteres venosos centrales (CVC) (clínica de catéteres).
- Lista nominal de los pacientes con CVC, con las siguientes variables: nombre del paciente, cama, servicio, turno, fecha de inicio o inserción y retiro, y registro de signos o síntomas, como fiebre, distermia o hipotermia, eritema, salida de secreción.
- Carro exclusivo para accesos venosos (manipulación por parte de personal capacitado).
- Cartel informativo con los cinco procedimientos propuestos para disminuir las bacteremias:
 - Higiene de manos.
 - Uso de barreras asépticas máximas durante la inserción.
 - Asepsia de la piel del punto de inserción con clorhexidina.
 - Evitar la vía de acceso femoral.
 - Retirar todos los CVC innecesarios.
- Registro mensual de los días de catéter y líneas vasculares para poder analizar la tasa de infecciones por bacteremia y líneas vasculares por 1 000 días, para conocer el riesgo en el tiempo de los pacientes con este procedimiento.

EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA

Se crea como una estrategia para disminuir el desarrollo de infecciones asociadas a líneas vasculares; es un programa bien organizado, operado por enfermeras especialistas o enfermeras capacitadas, que tiene la misión de vigilar a los pacientes con riesgos para aplicar oportunamente las medidas de prevención, e identificar infecciones nosocomiales e incluso el inicio de un brote.¹¹

Objetivos

Objetivo general

Unificar los lineamientos y alternativas para prevenir los eventos adversos relacionados con la terapia intravenosa y con la preparación de mezclas intravenosas

de medicamentos, soluciones y nutrición parenteral para la atención oportuna y segura de los pacientes.

Objetivos del equipo de terapia intravenosa:

- La estandarización de los cuidados mediante la educación, capacitación y entrenamiento del personal asignado a este equipo.
- La estandarización del manejo de antisépticos para la instalación y cuidados de los catéteres.
- La instalación de catéteres por parte de personal capacitado.
- Elevar la calidad de la atención de enfermería basada en evidencias.
- Disminución del riesgo de contaminación de infusiones parenterales y catéteres.
- Vigilancia y control durante la permanencia de los catéteres.

ABC del equipo de terapia intravenosa:

A: Lista de comprobación durante la inserción de los CVC.

B: Carro exclusivo para accesos venosos (manipulación solo personal capacitado).

C: Cartel informativo con los cinco procedimientos propuestos para disminuir las bacteremias:

- Higiene de manos.
- Uso de barreras asépticas máximas durante la inserción.
- Asepsia de la piel del punto de inserción con clorhexidina.
- Evitar la vía de acceso femoral.
- Retirar todos los CVC innecesarios.

Funciones:

- Revisión de los pacientes por turno.
- Solicita y prepara el material y equipo necesario.
- Valora el tipo de catéter e instala catéteres periféricos (venoclisis) y largos centrales.
- Verifica la permeabilidad del catéter.
- Prepara las soluciones indicadas (quimioterapia, analgésicos, electrolitos, inotrópicos, etc.).
- Realiza curaciones de catéteres.
- Colabora con el médico en la instalación de catéteres centrales.
- Educa al paciente, al familiar y al personal de salud.
- Recibe y entrega con la hoja de registro de cada paciente a las enfermeras del mismo equipo al iniciar y finalizar el turno.^{11,12}

Educación continua:

- Reconocer, identificar y analizar los riesgos asociados.
- Discutir las implicaciones para la práctica clínica.
- Por medio de la literatura científica y la discusión de situaciones y análisis críticos diseñar y aplicar medidas para reducir los riesgos por medio de situaciones y análisis críticos.
- Tomar en consideración temas amplios y riesgos relacionados.
- Reforzar y actualizar el programa de educación continua.
- Verificar el cumplimiento de las recomendaciones.
- Mantener la vigilancia de la población de pacientes para determinar infecciones relacionadas y monitorear tendencias.
- Expresar los datos relacionados con catéteres por cada 1 000 días.
- Reducir los riesgos, la morbilidad, la mortalidad y los costos.

En el Hospital General de Zona/MF No. 6 (HGZ No.6) se implementó esta estrategia a partir de 2008, logrando impactar con una reducción importante en la tasa de infecciones nosocomiales asociadas a líneas vasculares por 1 000 días estancia, a partir de enero de 2012 (figura 9-1).

Con la implementación del equipo de terapia intravenosa se observa que se logra disminuir más de 60% en forma gradual la tasa de infecciones nosocomiales asociadas a líneas vasculares.

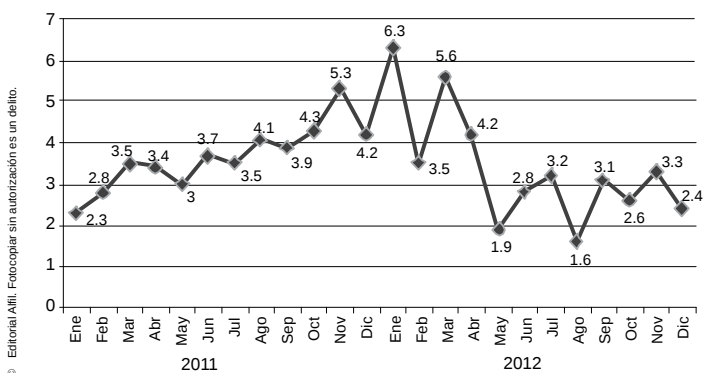


Figura 9-1. Tasa de infecciones nosocomiales relacionadas con líneas vasculares.

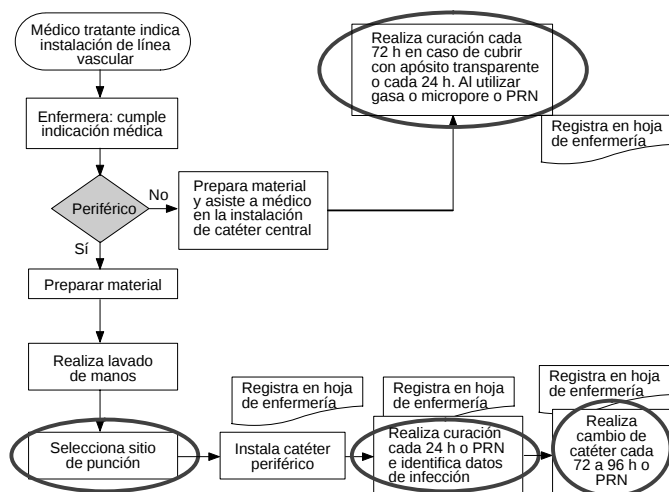


Figura 9-2. Flujograma del proceso de instalación y seguimiento de las líneas vasculares antes de iniciar con el equipo de terapia intravenosa.

Al analizar en un principio el proceso de la instalación de líneas vasculares en el HGZ No. 6 se encontraron los siguientes puntos críticos:

- Falta de apego y deficiente técnica de lavado de manos.
- Estandarización de la técnica de instalación y vigilancia de los catéteres.
- Técnica de curación de los sitios de inserción (figuras 9-2 y 9-3).

RESULTADOS

Se logró un impacto notable en el número de días de sobreestancia a partir de 2012, año en que inició el funcionamiento del equipo de terapia intravenosa, disminuyendo más de 87% en un solo año.

El impacto en el costo de los casos por día-cama también es de un ahorro favorable de 85% en tan solo un año, equivalente a 5 398 197 pesos (figuras 9-4 y 9-5)

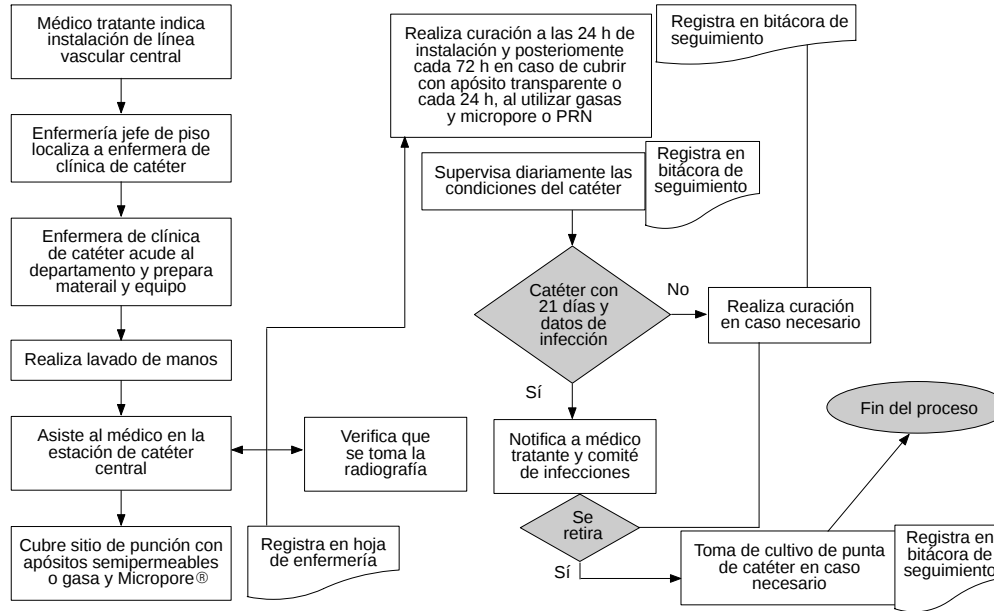


Figura 9-3. Flujograma del proceso de instalación y seguimiento de las líneas vasculares con el equipo de terapia intravenosa.

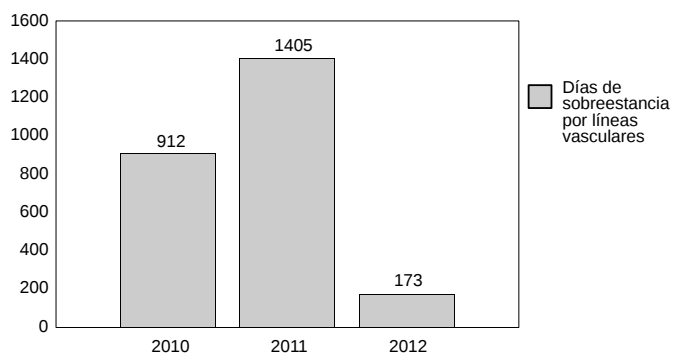


Figura 9–4. Días de sobreestancia por infecciones relacionadas con líneas vasculares. Tomada de Informes mensuales de infecciones nosocomiales, 2010–2012.

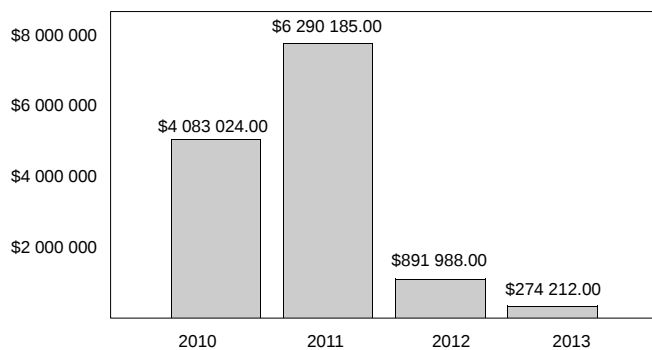


Figura 9–5. Erogación por sobreestancia por infecciones relacionadas con líneas vasculares.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
2. Norma que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de infecciones nosocomiales en las unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006.
3. Prevención diagnóstico y tratamiento de las infecciones relacionadas con líneas vasculares. En: *Guía de Práctica Clínica*. IMSS, 2013.
4. Procedimiento para prevenir infecciones nosocomiales relacionadas con terapia intravenosa, 2430- 003- 037. Diciembre de 2007.
5. Procedimiento para realizar la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales en las unidades médicas hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2420-003-007. Agosto de 2007.
6. Breviario de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. IMSS, 2012.
7. Guía Técnica para Organizar la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles y la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. IMSS, 2010.
8. Organización Mundial de la Salud: *Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica*. 2ª ed. WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12.
9. **Yébenes JC, Capdevila JA:** Infección relacionada con catéteres intravasculares. *Med Clin (Barc)* 2002;119(13):500-507.
10. **Palomar MM et al.,** grupo de trabajo del estudio piloto Bacteriemia zero: Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial: informe del estudio piloto. *Med Intensiva* 2010;34(9):581-589.
11. **Walter C et al.:** El impacto de la intervención de los equipos de terapia intravenosa en la reducción de la sepsis relacionada con catéter de NPT. *Arch Intern Med* 1984;144.
12. **Tomford W et al.:** Disminución en la tasa infecciones por flebitis mediante la operación de un equipo de terapia intravenosa. *J Parent Ent Nutr* 1986;10(6).
13. Guidelines for the prevention of intravascular catheter- related infection CDC MMWR. 2002;51.
14. **Echeverri PS, Pimiento JM:** *Acceso venoso central. Guías para manejo de urgencias*. Buenos Aires, 2006.
15. Control de infecciones nosocomiales. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, 1999.

Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor, una práctica común para el beneficio de todos

*Héctor David Martínez Chapa, Beatriz Maldonado Almaraz,
Dionisio García Sandoval, Marycarmen Delgado Trujillo,
María Guadalupe Estrada Pérez, Jesús Alejandro Gómez García*

*No es la edad la que limita la salud y la participación de los
mayores; lo que se opone a una vejez digna, activa, son
los prejuicios personales y sociales, la discriminación y el desprecio.*
Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha enfrentado un fenómeno global, llamado “encanecimiento mundial”. La Organización Mundial de la Salud está reportando el aumento del grupo poblacional de adultos mayores, en el que las perspectivas para 2050 son casi de 395 millones de personas de 80 años de edad, la mayoría de las cuales viven en países en subdesarrollo, en donde además de los problemas económicos tienen que lidiar con las consecuencias del envejecimiento en un contexto que se complica por las deficiencias en los servicios de salud.

Ante las perspectivas desalentadoras por su impacto social, costos y la calidad de atención médica es obligatorio un proyecto integral para el futuro.

En México las proyecciones no son tan diferentes. Actualmente representa el undécimo país más poblado del mundo y el séptimo entre los países con un envejecimiento acelerado.¹

- Para 2050 habrá más de 36 millones de adultos mayores, de los cuales la mitad tendrán más de 70 años de edad.

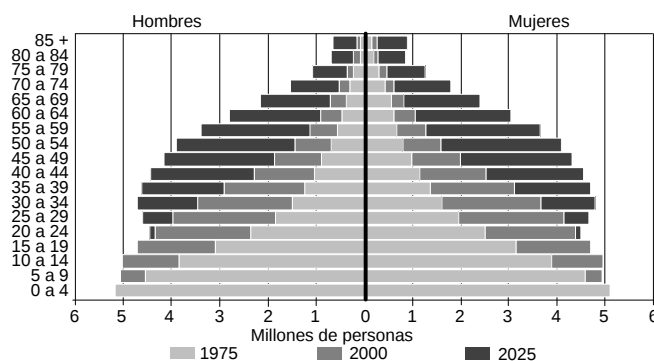


Figura 10-1. Fuente: CONAPO, 2000

- Hasta 72% de ese incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que le brinda al país casi una década para preparar las condiciones de encarar dicho proceso (figura 10-1).
- El envejecimiento demográfico en México no es reversible.

Del mismo modo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la tendencia del incremento de la derechohabencia de adultos mayores no es ajena. En 1990 los derechohabientes mayores de 60 años de edad constituían 9.2%, pero para año 2000 se incrementó a 12.3% y en 2010 fue de 16.1%, estimándose que para 2030 será de 28%.²

Al comparar las proyecciones del crecimiento poblacional del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de 2050 con la proyección de crecimiento de la población adscrita al área de medicina familiar del IMSS se concluye que la población del Instituto estará 20 años más envejecida que la población general, de manera que una consecuencia inevitable del envejecimiento de la población es el consumo de los recursos sanitarios y sociales, en especial con el aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas propias de la edad avanzada.³

Al respecto, en 2011 el INEGI estableció como primer lugar de las causas de defunción en nuestro país las enfermedades cardíacas, seguidas por la diabetes mellitus, los tumores malignos, los accidentes y las enfermedades hepáticas⁴ (cuadro 10-1).

Cuadro 10-1. Principales causas de mortalidad en México

	Enfermedad	Casos
1	Enfermedades cardíacas	105 710
2	Diabetes mellitus	80 788
3	Tumores malignos	71 350
4	Accidentes	36 694
5	Enfermedades hepáticas	32 728
6	Enfermedades cerebrovasculares	31 235
7	Agresiones	27 213
8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18 487
9	Influenza y neumonía	15 034
10	Afecciones del periodo perinatal	14 825

Tomado de INEGI 2011, actualizado en enero de 2013.

Las enfermedades crónico-degenerativas se acompañan de la utilización de múltiples fármacos en la población senil, especialmente vulnerable, cuyas condiciones fisiopatológicas hacen más propensa la aparición de reacciones adversas a medicamentos, interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones, incrementando los costos, el deterioro de otras funciones o la tendencia a nuevas enfermedades o empeoramiento de las previas.

Ante esta situación el IMSS desarrolló a partir de 2012 el Plan Geriátrico Institucional GERIATRIMSS como una respuesta institucional organizada para mejorar la calidad de la atención de este grupo vulnerable.

Este programa ha incluido el desarrollo de guías de práctica clínica que orienten la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor, estipulada en los manuales de guías de práctica clínica con número IMSS 558-12.

Por otra parte, en Nuevo León también se sufrirán las consecuencias del envejecimiento poblacional. Según el último censo poblacional de 2010, Nuevo León cuenta con una población total de 4 866 456, siendo la población adscrita al IMSS de 2 631 803 derechohabientes, de los cuales 221 071 son mayores de 70 años de edad, lo cual corresponde a 8.4% de su población adscrita.⁴

Por otra lado, la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Cardiología No. 34 (UMAE HC No. 34) otorga atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares y del tórax, con apoyo al tercer nivel de atención de la región noreste del país (figura 10-2), que a consecuencia del incremento de la edad poblacional ha propiciado que 29% de las consultas de primera vez sean otorgadas a los adultos mayores; además, 28% de los egresos hospitalarios y 17% de las intervenciones son realizadas en este grupo poblacional, porcentajes que se irán incrementando con el devenir de los años, dado el comportamiento demográfico de la población.

Por otra parte, los adultos mayores consumen más de 30% de todas las pres-



Figura 10–2. Estados de la región noreste que reciben apoyo de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 34.

cripciones. En promedio, el anciano en la comunidad consume más de cuatro fármacos, mientras que el anciano institucionalizado generalmente consume más de cinco medicamentos. En esta población las interacciones medicamentosas son causantes de 4.4% de todas las hospitalizaciones atribuidas a fármacos, representando 4.6% de todas las reacciones adversas medicamentosas en los pacientes hospitalizados. Junto con el número de medicamentos recibidos, la edad avanzada es un factor clave en la frecuencia de aparición de reacciones adversas.^{5,6}

Múltiples beneficios de la prescripción razonada

Las tendencias actuales respecto a la calidad terapéutica establecen que ésta se da cuando a partir de un diagnóstico y valoración correctos se prescriben las medidas farmacológicas y no farmacológicas efectivas, y se adapta el tratamiento a las necesidades clínicas y sociales del paciente, teniendo en cuenta sus preferencias y aceptabilidad. El acceso a los medicamentos es fácil e informado en un contexto asistencial en el que se minimizan los riesgos y costos, y se obtiene el mejor resultado posible. Retirar, ajustar o cambiar medicamentos inapropiados es un proceso difícil de realizar, debido a las diferentes perspectivas tanto del prestador de servicios de salud como del paciente.

En la perspectiva del proveedor de salud se incluyen el prejuicio, el desconocimiento de los cambios cronológicos, la falta de experiencia o el hecho de evitar confrontaciones con sus compañeros de trabajo.

En la perspectiva del paciente se incluyen la generación de desconfianza, el vínculo psicológico y físico a una terapia acostumbrada, la percepción del paciente respecto a una inadecuada atención y el conocimiento del paciente hacia otros casos cercanos en su familia con resultados diferentes.

Los beneficios que se obtienen de una prescripción razonada se pueden presentar en varios ámbitos, por ejemplo, en el funcional, en el que diversos estudios han asociado la polifarmacia al declive funcional del anciano al comparar el incremento del número de prescripciones con el aumento de la incapacidad de llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria. Otros estudios han reportado que el uso de más de cinco medicamentos resultó en una disminución de la posibilidad de llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria.^{7,8}

En el campo económico el uso de medicaciones múltiples lleva al incremento de costos para el paciente y la institución; por otro lado, el uso apropiado de medicamentos puede reducir las admisiones hospitalarias, con el consecuente ahorro en este rubro. El uso de medicaciones inapropiadas no sólo incrementa el costo por administración de fármacos, sino también la utilización de los servicios de salud de diferentes niveles por parte de estos pacientes. En un estudio tipo cohorte retrospectivo en ancianos japoneses con polifarmacia se encontró que el riesgo de tener medicaciones inapropiadas se incrementaba al mismo tiempo que el riesgo de hospitalización y de atención en urgencias, con lo cual se observó 33% de incremento de los costos hospitalarios.^{9,10}

En cuanto a lo cognitivo, también se han analizado las influencias de la prescripción, observándose que el desarrollo de *delirium* por fármacos se presenta entre 12 y 39% de los casos.¹¹ Un estudio en 156 pacientes hospitalizados encontró que el número de medicamentos es un factor de riesgo independiente para *delirium*;¹² asimismo, en cuanto al deterioro cognitivo medido con el *test Mini-Mental State Examination* (MMSE) se ha encontrado una disminución de su puntaje asociado a la polifarmacia.¹³ Un incremento del número de prescripciones se asoció significativamente con el aumento de riesgo de caídas, que causa por sí mismo un aumento de la morbilidad y la mortalidad en el adulto mayor.¹⁴

En lo relativo a la adherencia a los tratamientos se ha encontrado que el número de medicamentos es un fuerte factor de predicción de la no adherencia más que la edad.^{15,16} Se han reportado rangos de adherencia entre 43 y 95% en los ancianos.¹⁷ Sin embargo, la falta de adherencia conlleva a serias secuelas de progresión de enfermedades, falla de tratamientos, hospitalizaciones y eventos adversos por fármacos.

DEFINICIÓN Y OBJETIVO

La prescripción farmacológica razonada consiste en la definición de un problema a través del diagnóstico, el planteamiento de un objetivo terapéutico y la discrimi-

nación de la adecuada terapéutica para cada caso. Esta situación se convierte en un factor de seguridad para el paciente si se considera la vulnerabilidad que implica el adulto mayor.

Por otra parte, el incremento de la esperanza de vida trae consigo un aumento natural de la demanda y nivel de complejidad de los servicios, lo cual compromete al uso más eficiente y racional de los mismos.

Es por ello que el compartir las buenas prácticas en cualquier ámbito de la atención a la salud debe constituir una cultura institucional y su adopción debe ser un hábito en el prestador de servicios.

El objetivo de esta buena práctica implica otorgar los beneficios de la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor hospitalizado en la UMAE HC No. 34 del sexto piso, del área de cardiología.

DESARROLLO

La polifarmacia como factor de riesgo en los errores de prescripción en el adulto mayor

El crecimiento acelerado de la población envejecida en México se ha acompañado de un incremento de las enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica, lo que hace su manejo más complejo, requiriendo un mayor consumo de recursos en un escenario de alta demanda asistencial, que en no pocas ocasiones se dirige a controlar y paliar las complicaciones de dichas enfermedades.

La polifarmacia implica el consumo de cuatro medicamentos o más, considerada también como un síndrome geriátrico y un factor independiente de múltiples riesgos, aunque se puede presentar en cualquier edad. Su importancia radica en las múltiples causas que la provocan y en las consecuencias que se presentan en todas las áreas del ente biopsicosocial.

De esta manera, existe una estrecha relación entre el adulto mayor y las múltiples patologías con el incremento de efectos adversos, las cuasi fallas, los eventos centinela, la morbilidad y la declinación funcional; problemas que han hecho emerger un factor trascendente, como la polifarmacia, que compromete la realización de acciones de mejora continua para optimizar el manejo médico y limitar el daño en este grupo etario vulnerable, debido a que tiene que cargar con los daños cronológicos secundarios a su estilo de vida, reduciendo así su capacidad biológica para resistir y sobreponerse a las agresiones o daños de las que es objeto.

Paralelamente al deterioro cronológico *per se*, existen alteraciones en la farmacodinamia y farmacocinética del adulto mayor, como la disminución de la fase

I del metabolismo hepático, la reducción del filtrado glomerular, el decremento de la afinidad a proteínas y la alteración de la relación masa-grasa contra masa magra, entre otros, situaciones que provocan un elevación de la vida media de excreción del fármaco, interacciones farmacológicas y mayor efecto de fármacos lipofílicos, que en suma provocan efectos inapropiados, los cuales pasan inadvertidos a los proveedores de la salud, debido a que existe poca información respecto a estudios clínico-farmacológicos en los adultos mayores.¹⁸ Por todo lo anterior, es necesario crear una cultura de la prescripción razonada.

Otro factor determinante agregado a los ya sombríos aspectos cronológicos es el síndrome de fragilidad del anciano, término aún por definir pero fácil de comprender, que delimita a los pacientes con una reserva precaria que puede dañar aún más su estado de salud, debido a que junto con las enfermedades crónicas y la polifarmacia tienen objetivos terapéuticos diferentes que crean dependencia y la necesidad de requerir asistencia permanente, llevando a catástrofes familiares, sociales y psicológicas.¹⁹

En conclusión, optimizar la prescripción de medicamentos en los adultos mayores es una parte esencial en su atención, aunque el proceso de indicar o prescribir medicamentos en este tipo de población es complejo, debido a los aspectos abordados. Como ejemplo están los beneficiarios del Medicare, en EUA, de los cuales 30% reportaron que desde hace 12 meses no le habían informado a su médico de cabecera acerca de los múltiples tratamientos que tomaba;²⁰ otros estudios en pacientes mayores de 65 años de edad evaluados en una comunidad refirieron que 52% de la farmacología no estaba ajustada a su función renal.²¹

Un estudio de la población ambulatoria mayor de 70 años de edad llevado a cabo en la ciudad de México en 2007 mostró que 53% de las prescripciones tenían errores tanto en la dosis del medicamento como en la duración del tratamiento y la vía de administración.²² De la misma manera, se podría hacer mención de muchos estudios que demuestran la importancia de prescribir en forma razonada a los adultos mayores.

No se cuenta con un reporte exacto de la cantidad de reacciones adversas o efectos secundarios a medicamentos, pero de acuerdo con el primer reporte cuatrimestral del Programa Estratégico para la Atención del Adulto Mayor hospitalizado en tercer nivel de atención en el periodo de enero a abril de 2013 se realizaron un total de 897 valoraciones geriátricas integrales, encontrando polifarmacia en 58% de los pacientes, de los cuales 18% tuvieron algún tipo de reacción adversa o efecto secundario a los medicamentos. Cabe señalar que 43% de los pacientes valorados tenían fragilidad.

Ante esta problemática la UMAE decidió aplicar un plan de mejora mediante la Guía de Práctica Clínica correspondiente a la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor, con el fin de limitar el daño y proporcionar una mejora en la calidad de vida, como uno de los principales objetivos del personal de salud.

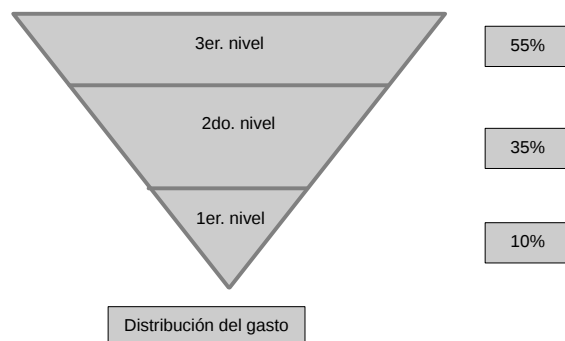


Figura 10-3. Situación actual del gasto en salud por niveles de atención. Tomado de Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Secretaría Académica.

Al unir los esfuerzos para mejorar la terapéutica y, sobre todo, para mejorar la atención a los derechohabientes, principalmente en la población vulnerable de adultos mayores, se ha logrado el establecimiento de una buena práctica. Por otro lado, no es desconocido el esfuerzo que se realiza en el IMSS para el ejercicio eficiente de los recursos en salud. En el tercer nivel se observa el mayor gasto en este rubro, lo que justifica aún más la instauración de buenas prácticas, que generen un menor costo y mayores beneficios a los derechohabientes (figura 10-3).

Instrumentos de prescripción en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Para la adecuada prescripción de un medicamento es necesario un análisis complejo en el que converjan los conocimientos técnico-médicos, una visión integral y un pensamiento crítico multifacético, que incluye determinar si el medicamento está indicado, si es la mejor elección y si las dosis son las correctas, además de la vigilancia de toxicidad y la eficacia, lo que dificulta su control.

Evitar eventos adversos por fármacos es el objetivo de controlar la prescripción de medicamentos inapropiados en el anciano, lo cual debe ser tomado en cuenta siempre a la hora de evaluar a la población anciana.

Los paneles de expertos de Canadá y EUA han desarrollados diferentes criterios para verificar la calidad de las prácticas de prescripción en los adultos mayores, entre los cuales se incluyen los siguientes:

- *Improving Prescribing in the Elderly Tool (IPET).*
- *Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START).*
- *Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions (STOPP).*
- *Medication Appropriateness Index (MAI).*
- *McLeod Criteria.*

Entre los criterios más utilizados en el mundo se incluyen los criterios de BEERS, desarrollados inicialmente en 1991 para pacientes ancianos residentes en asilos mediante una lista de medicamentos considerados ineficaces y de alto riesgo de eventos adversos para esta población. En 1994 surgieron los primeros resultados en la evaluación de la aplicación de este listado, encontrando que 23.4% de los adultos mayores de EUA utilizaban medicamentos potencialmente inapropiados. Desde entonces, los criterios de BEERS han sido revisados por paneles de expertos y actualizados en tres ocasiones –1997, 2003 y 2012.²³

La utilización de estos criterios se ha expandido a Canadá y Europa como medio para orientar y evaluar la calidad del cuidado terapéutico de los adultos mayores.

Los criterios de BEERS son tomados de la revisión de más 2 169 artículos de diferente diseño. Con ellos se ha determinado la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación, logrando agrupar un total de 53 medicamentos en tres grupos diferentes, que son:

1. Medicamentos potencialmente inapropiados (cuyo riesgo potencial o adve-rso sobrepasa sus beneficios) y clases que se deben evitar en los adultos mayores.
2. Medicamentos potencialmente inapropiados que deben ser evitados en ciertas patologías o síndromes de los adultos mayores, dado que tienden a exacerbarlas.
3. Medicamentos que se deben utilizar con precaución.

Otra herramienta con la misma utilidad que los criterios de BEERS es el instrumento STOPP/START, el cual fue publicado en Irlanda y utilizado por la Sociedad Médica de la Unión Europea Geriátrica. Es fácil de aplicar y permite determinar la medicación inapropiada o por omisión en la prescripción; cada criterio STOPP está acompañado de una explicación precisa y si la medicación es inadecuada en los adultos mayores. Incluye 65 indicaciones, la mayoría enfocadas en las interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad, las cuales se recomiendan desde la cita de primera vez.²⁴

Se debe considerar que cualquier nuevo síntoma está relacionado con la administración de medicamentos hasta probar lo contrario.

Por ser instrumentos sencillos, con un respaldo científico y comprobado en otros países, tanto los criterios de BEERS como la estrategia STOPP/START son herramientas útiles, necesarias de implementar y difundir para su aplicación en el IMSS, por lo que se han incorporado a la guía de práctica clínica 558–12 Prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor como estrategia para mejorar la calidad de atención de los adultos mayores, recordando que el juicio clínico es parte de este proceso.

Apego: una solución a la estandarización

Haciendo referencia al mejor resultado, se establece el ejercicio de la prescripción razonada como una buena práctica en el ámbito de la atención a la salud, motivo por el cual se presentan las evidencias del impacto de su implementación.

La heterogeneidad de tratamientos que pueden ser brindados a los pacientes ha provocado el aumento de la probabilidad de efectos por fármacos. Las guías de práctica clínica tienen el objetivo el ofrecer un tratamiento más homogéneo en el manejo de enfermedades para reducir las complicaciones y los errores médicos, aunque se sabe que no todos los pacientes son iguales y no todas las enfermedades se comparten de la misma manera.

En el actual mundo globalizado, en el que las mejores tecnologías están al alcance de la mano, sin mencionar la cantidad de información con la que se cuenta, una de las principales tareas de las instituciones de salud es la evaluación permanente de la terapéutica, además de cumplir estándares de calidad y seguridad, por lo que no está justificada la omisión de las acciones de mejora durante el proceso asistencial a la población de adultos mayores.

Con los antecedentes descritos se implementó como una buena práctica en la UMAE HC No. 34 el apego a la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor, con un inicio como área piloto en el sexto piso, en el área de cardiología.

Los objetivos a cumplir mediante la práctica de la prescripción razonada en el adulto mayor incluyen:

- Estandarizar los criterios de prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor en las principales patologías cardiológicas, complicaciones y comorbilidades que se atienden en dicha unidad.
- Disminuir la variabilidad de tratamientos farmacológicos en los adultos mayores.
- Disminuir el riesgo de medicaciones potencialmente inapropiadas.

Estrategias de implementación

Se identificó el grupo poblacional en riesgo, conformado por los ingresos hospitalarios de los pacientes mayores de 70 años de edad, hospitalizados en el piso

de cardiología debido a un alto riesgo de polifarmacia y a múltiples patologías asociadas.

Asimismo, se llevó a cabo una valoración geriátrica integral en los pacientes mayores de 70 años de edad como apoyo a la aplicación de la guía de prescripción farmacológica razonada por medio de la aplicación del cuestionario CEGI-UMH-001 (Anexo 10-1) de Valoración Geriátrica Integral, que evalúa los aspectos sociales, afectivos, cognitivos y funcionales, además de la historia farmacológica.

Posteriormente se realizó un diagnóstico para identificar las causas que originan el desapego del médico a la guía práctica de prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor, en el que se identificó el desconocimiento de la existencia de este instrumento, así como los mecanismos de aplicación y alcance. También se observó que influye la sobrecarga de trabajo, que enfoca al clínico a resolver sólo el problema que lo agravia, sin trastocar los ambientes que rodean al paciente, así como también el hecho de salir de una área de confort que provoca un rechazo al cambio.

Como consecuencia, se realizó una difusión entre el personal médico respecto al enfoque de la prescripción razonada como medida de seguridad en la atención del adulto mayor.

Para la verificación del seguimiento de la Guía de Práctica Clínica se desarrolló un indicador mensual que midiera la tendencia de dicho apego; se presentaron las posibles consecuencias relacionadas con la falta de prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor identificadas por el Departamento de Geriatria en la UMAE HC No. 34 (figura 10-4).

Beneficios económicos

A partir de los tres grupos propuestos por los criterios de BEERS se identificaron los principales medicamentos inapropiados para los pacientes con enfermedades cardíológicas, complicaciones asociadas y comorbilidades (figura 10-5).

1. Los medicamentos inapropiados identificados constituyeron 59% de las prescripciones inapropiadas (ranitidina, clonazepam, amiodarona, metformina, cinarizina, prazocina y metoclopramida, así como el esquema de insulina rápida como único manejo de la hiperglucemia).
2. Los medicamentos prescritos en dosis inapropiadas representaron 34% (pravastatina, espironolactona y haloperidol).
3. Los medicamentos asociados de manera inapropiada con otros para tratamiento específico constituyeron 7% (antagonistas de los receptores de angiotensina II con inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, antiinflamatorios no esteroideos con warfarina y digoxina con amiodarona).

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		Unidad Médica _____	
		DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		Delegación _____	
		UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA			
		COORDINACIÓN DE ÁREAS MÉDICAS			
		DIVISIÓN DE HOSPITALES			
CEDULA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UNIDADES MÉDICAS HOSPITALARIAS					
Nombre: _____		No. Seguridad Social _____			
Sexo: (Masc) (Fem)	Edad: _____	Fecha de ingreso al servicio tratante: _____		Fecha de valoración: _____	
		Fecha de egreso del servicio tratante: _____			
A) Servicio que solicita la interconsulta		Total de días estancia en hospital: _____			
Medicina Interna ()		Tipo de ingreso: _____			
Cirugía General ()		Primera vez ()			
Traumatología ()		Subsecuente o reingreso ()			
Otro _____					
B) Diagnóstico/motivo de ingreso		c) _____			
a) _____		d) _____			
b) _____					
C) Comorbilidad al ingreso					
1. Diabetes Mellitus tipo 2 ()		4. Hipertensión arterial ()		7. Cáncer ()	
2. Enf. Pulmonar obst. Crónica ()		5. Cardiopatía isquémica ()		8. Secuelas de Enf. Vasc. ()	
3. Insuficiencia renal crónica ()		6. Insuficiencia cardíaca ()		9. Depresión ()	
				10. Insuficiencia Hepática ()	
				11. Enf. articular degenerativa ()	
				12. Otra _____	
D) Valoración socio-familiar					
Edu. Civil: (Soltero) (Viudo) (Divorciado) (Separado)		Vivienda (propia) (rentada) (prestada) (Estancia temporal)?			
Tipo de familia: (integrada) (no integrada) (disfuncional)		No. De hijos _____ Viudo(a) (si) (no)			
Asistencia social: (si) (no)		Institucionalizado: (si) (no)			
		Red de apoyo (si) (no) en caso de sí (buena) (regular) (mala)			
Cuidador principal: (Hombre) (Mujer)		Parentesco: (Hijo(a)) (esposa(a)) (Hermano(a)) (Nuera/yerro) (Nieto) (No relacionado) (Cuidador remunerado)			
Colapso del cuidador (si) (no)		Escala de Zarit _____			
Laboral: (Trabaja) (Jubilado) (Pensando) (Sin remuneración)		Abuso o maltrato (si) (no) Tipo: (Psicológico) (físico) (económico) (sexual)			
Jubilación reciente (si) (no)		Redes sociales: (familia) (amigo) (vecino) (nula)			
		Labora actualmente (si) (no)			
		Recibe pensión (si) (no) ¿A que se dedico? _____			
E) Valoración Mental y psico-afectiva					
1. Depresión (si) (no) (no valorable)		Escala GDS (Yesavage) _____			
Tx farmacológico actual: (si) (no)		Anhedonia (si) (no) Desesperanza (si) (no) Ideación suicida (si) (no)			
¿Cuál? _____		Psicoterapia (si) (no)			
2. Ansiedad (si) (no) (no valorable)		Inventario de Ansiedad de Beck _____			
Tx farmacológico para ansiedad actual: (si) (no)		Ansiedad generalizada (si) (no) Trast. Somatomorfo (si) (no)			
¿Cuál? _____		¿Cuál? _____			
3. Deterioro cognitivo (si) (no)		(Leve) (Moderado) (Severo)			
Test de Pfeiffer _____		Prueba de Rolo _____			
		Mini-Mental de Folstein _____			
		(Pruebas no valorables por delirium)			
¿Existe una causa secundaria o contribuyente? (si) (no) ¿Cuál? _____		Tx farmacológico: (si) (no) ¿Cuál? _____			
4. Delirium (si) (no) CAM _____		(Hiperactivo) (Hipoactivo) (mixto)			
		Causas precipitantes: _____			
Lugar donde inicio el delirium (domicilio) (urgencias) (hospitalización) (quirofano) (otro sitio)		Días de duración: _____			
5. Trastorno del sueño (si) (no) (insomnio) (SAHOS) (parasomnia) (somnolencia diurna excesiva) (Síndrome de piernas inquietas) (otro)					
Mala higiene de sueño (si) (no)		Dependencia a BZP (si) (no) (alcoholismo) (tabaquismo) (otra adicción)			
F) Valoración Funcional					
Funcionalidad previa al ingreso (Funcional/independiente) (Dependencia parcial) (Dependiente) ABVD: Katz _____ Barthel _____		AVD: Lawton & Brody: _____			
¿En que actividades requiere de ayuda? (alimentarse) (vestirse) (bañarse) (deambular) (ir al retrete) (continencia)					
Motive por el cual no realiza alguna de las ABVD o AVD: _____					
Apoyo para la marcha: (ninguno) (bastón) (andador) (silla de ruedas) (inmóvil). Actividad física (nula) (ligera) (moderada) (intensa)					
Trastorno de la marcha: (si) (no) ¿Cuál? _____		Problemas de los pies (si) (no) ¿Cuál? _____			
Marcha-Tinetti _____		Prueba UP & GO _____			
		(No puede realizar las pruebas)			
Barreras arquitectónicas (si) (no) ¿Cuáles? _____		Actividad sexual (si) (no)			
Funcionalidad al momento de la valoración: (Funcional/independiente) (Dependencia parcial) (Dependiente) ABVD: Katz _____ Barthel _____					
Potencial rehabilitatorio: (si) (no) Requiere terapia: (física) (ocupacional) (mental/o lenguaje) Síndrome Post-caída: (si) (no)					
Fuerza de prensión (dinamómetro) _____ kg (Tres mediciones de cada brazo y registrar el promedio del brazo dominante).					

CEGI-JMH-001

G) Valoración Médico-biológica (Síndromes geriátricos)			
Síndrome de caídas	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál? ¿Cuántas en los últimos 6 meses?
Inmovilidad	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál?
Abatimiento funcional	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál? (Reciente) (crónico)
Mareo y síncope	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál?
Fractura de cadera	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál? (Reciente) (antigua)
Constipación	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál? Uso crónico de laxantes (si) (no)
Incontinencia	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál? (Aguda) (Crónica)
		(Fecal) (Urinary)	Tipo: (de urgencia) (de esfuerzo) (funcional) (obstruktiva) (mixta)
Anorexia patológica	(si) (no)	Causa identificada (si) (no)	¿cuál?
Úlceras por presión	(si) (no)	Infectadas (si) (no)	Grado Localización: Escala de Norton:
Deprivación sensorial	(si) (no)	Visual: (Lentes) (Ceguera)	Auditiva: (sordera) (hipoacusia) (utiliza auxiliar) (ninguno)
Falta para recuperarse	(si) (no)		Deslizamiento (si) (no)
Fragilidad	(si) (no)	(Pérdida de 5 kg o más en los últimos 3 años) (Inhabilidad para levantarse de una silla 5 veces sin empleo de los brazos)	
		(Pobre nivel de energía) (se siente lleno de)	Criterios de Enured: /3. 0=Robusto. 1=Prefrágil. 2=mas criterios=Frágil.
		Sarcopenia (si) (no)	Caquexia (si) (no)
Poli-farmacia (>5 med) (si) (no)		Prescripción inapropiada como causa de hospitalización (si) (no)	
Posibles fármacos involucrados:			
Reacción o efecto adversa que motivo o contribuyó a la hospitalización (si) (no)			
Fármacos con riesgo potencial para reacción o efecto adverso		Posible interacción farmacológica o fármaco-enfermedad	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
Recomendaciones y advertencias para ajuste farmacológico			
H) VALORACIÓN NUTRICIONAL			
Estado Nutricional	(Adecuado) (desnutrición) (Obesidad) Pérdida de peso >10% reciente: (si) (no)	Mini-Nutritional Assessment: Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ kg/m² Albúmina: _____ Transferrina: _____ Prealbúmina: _____	
Problemas de la boca	(Edentulia) (xerostomía) (disgeusia) (protesis dental no ajustada) (dolor al masticar) (trastorno de la deglución) (candidosis) (enfermedad periodontal)		
i) BIOÉTICA			
Cuidados paliativos: (si) (no)	Direcciones Anticipadas: (si) (no)	(Sin limitaciones) Limitadas a: (No RCP) (No intubación) (No diálisis) (otra indicación)	¿Cuál?
Autopercepción de la salud	(Buena) (mala) (regular)		
DETECCIONES	DIAGNOSTICO(S)	INTERVENCIONES:	
Socio-familiares			
Mental y psicoafectivas			
Funcional			
Nutricional			
Síndromes geriátricos			

Nombre, matrícula y firma del médico geriatra que realizó interconsulta			

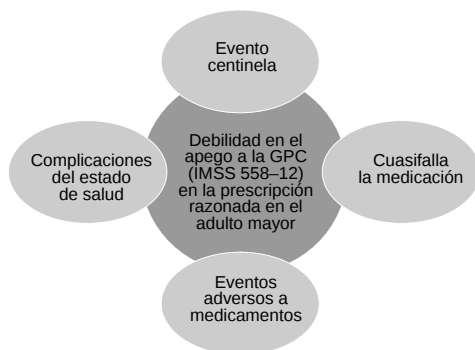


Figura 10-4. Consecuencias de la falta de prescripción farmacológica razonada.

Se realizó el análisis del impacto económico mediante la prescripción razonada obtenido hasta el momento y de las claves de medicamentos que fueron eliminados al ser considerados como prescripción inapropiada. Se realizó un comparativo entre el gasto esperado de estas claves contra el gasto real para determinar si hubo un ahorro en el presupuesto de dichas claves, identificándose un ahorro mensual de 10% con un acumulado de 20% hasta abril de 2013 (figura 10-6). El

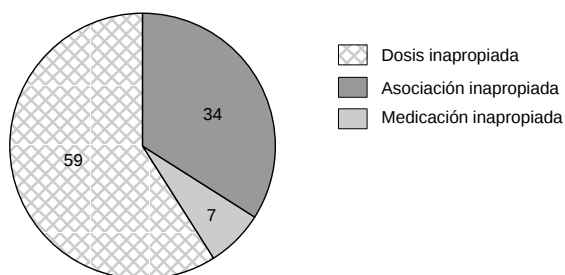


Figura 10-5. Prescripciones farmacológicas inapropiadas.

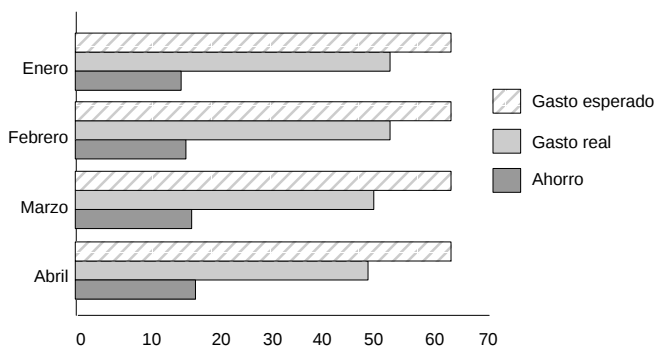


Figura 10-6. Ahorro mediante la prescripción razonada. Fuente: Departamento de Abastecimientos, Control de Abasto, UMAE HC No. 34, Monterrey, Nuevo León.

gasto esperado acumulado en el cuatrimestre de enero a abril de 2013 fue de 268 762.44 pesos contra el gasto real de 214 231.45 pesos, generando un ahorro de 54 530.99 pesos.

ASPECTOS INNOVADORES

Al hacer conscientes las necesidades de este grupo poblacional y adoptar el paradigma de pacientes vulnerables se genera una percepción diferente para su tratamiento y abordaje, logrando como consecuencia el beneficio de una prescripción más razonada en sus indicaciones durante la hospitalización y el egreso, haciendo la prescripción más coherente a sus necesidades y aspectos de vida, lo que aumenta la calidad de atención.

Lecciones aprendidas

La educación continua del personal médico adaptada a las necesidades de la población como una piedra angular para el desarrollo de la buena práctica médica con la aplicación de mejoras continuas y la difusión de logros para una adecuada implementación constituyeron un aprendizaje para esta organización.

La perspectiva integral de atención en los adultos mayores fue una forma de cambio para mejorar las indicaciones y procedimientos hospitalarios.

Cuadro 10–2. Dificultades presentadas y manera de solucionarlas

Situación	Alternativa de solución
Conocimiento del enfoque de prescripción razonada y riesgos en el adulto mayor	Capacitación y sensibilización de la guía de práctica médica al personal en formación, externos y enfermeras por medio de sesiones generales, sesiones interdepartamentales, reuniones con personal específico, enfermeras del sexto piso y residentes de cardiología
Disponibilidad de alternativas terapéuticas por modificaciones en los consumos rutinarios	Realización de un diagnóstico situacional e identificación del cuadro básico y los medicamentos con base en los criterios de BEERS

Se observaron costos abatidos en forma directa en los medicamentos y las complicaciones hospitalarias, y en forma indirecta con la disminución de reintegros hospitalarios en otros niveles de atención, así como en los costos familiares tanto monetarios como sociales y funcionales (cuadro 10–2).

Estrategias para la implementación de la buena práctica^{25,26}

Se consideran puntos críticos para el éxito de la práctica de prescripción razonada:

- La participación activa del personal de salud multidisciplinario en cuanto a la identificación de la población blanco de esta práctica.
- Establecer la logística para el análisis en la que los médicos, las enfermeras y demás personal involucrado en la prescripción razonada puedan analizar los resultados y atender los problemas de seguimiento del proyecto.
- Definir claramente las responsabilidades respecto al procedimiento implementado en cuanto a la documentación de información, la recolección de la misma y la coordinación entre los involucrados.
- Realizar una evaluación continua, retroalimentar la participación y difundir los logros y beneficios obtenidos.^{27,28}

CONCLUSIONES

La medición del apego a la prescripción razonada, apoyada por una valoración geriátrica integral para retroalimentar al médico tratante y al personal involucrado en el cuidado del adulto mayor, ha permitido identificar un apego de 38% a

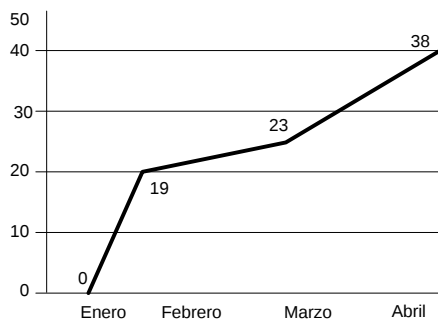


Figura 10-7. Porcentaje de apego a la GPC.

las guías de prescripción farmacológica razonada (figura 10-7). Se ha logrado realizar hasta el momento un total de 85 valoraciones, en las cuales se identificó polifarmacia en 33% y síndrome de fragilidad en 28%.

Las mediciones que realizamos se analizan mensualmente en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP), en el que se ajustan y vuelven a reestructurar estrategias en caso de ser necesario.

REFERENCIAS

1. **San Martín H, Pastor V:** *Epidemiología de la vejez*. México, McGraw-Hill, 1990.
2. **Yáñez A:** Transición demográfica, envejecimiento y los sistemas de seguridad social en América Latina. México, ITAM, 2002.
3. CONAPO: Programa Nacional de Población 2001-2005. México, 2001.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principales resultados del Censo de Población y vivienda 2010. www.inegi.org.mx.
5. **Salvador CL, Cano SA, Cabo SJR:** *Longevidad, Tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida*. Panamericana, 2004.
6. **Pugh MJ, Fincke BG, Bierman AS et al.:** Potentially inappropriate prescribing in elderly veterans: are we using the wrong drug, wrong dose, or wrong duration? *JAGS* 2005;53: 1282-1289.
7. **Magaziner J, Cadigan DA, Fedder DO et al.:** Medication use and functional decline among community-dwelling older women. *J Aging Health* 1989;1:470-484.
8. **Crenstil V, Ricks MO, Xue QL et al.:** A pharmacoepidemiologic study of community-dwelling, disabled older women: factors associated with medication use. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010;8:215-224.
9. **Akazawa M, Imai H, Igarashi A et al.:** Potentially inappropriate medication use in elderly Japanese patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010;8:146-160.
10. **Cahir C, Fahey T, Teeling M et al.:** Potentially inappropriate prescribing and cost out-

- comes for older people: a national population study. *Br J Clin Pharmacol* 2010;69:543–552.
11. **Alagiakrishnan K, Wiens CA:** An approach to drug-induced delirium in the elderly. *Postgrad Med J* 2004;80:388–393.
 12. **Martin NJ, Stones MJ, Young JE et al.:** Development of delirium: a prospective cohort study in a community hospital. *Int Psychogeriatr* 2000;12:117–127.
 13. **Jyrkka J, Enlund H, Lavikainen P et al.:** Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010;20:514–522.
 14. **Kojima T, Akishita M, Nakamura T et al.:** Association of polypharmacy with fall risk among geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int* 2011;11:438–444.
 15. **Colley CA, Lucas LM:** Polypharmacy: the cure becomes the disease. *J Gen Intern Med* 1993; 8:278–283.
 16. **Salazar JA, Poon I, Nair M:** Clinical consequences of polypharmacy in the elderly: expect the unexpected, think the unthinkable. *Expert Opin Drug Saf* 2007;6:695–704.
 17. **Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB:** Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother* 2004;38:303–312.
 18. **Cho S, Lau SW, Tandon V et al.:** Geriatric drug evaluation: where are we now and where should we be in the future? *Arch Intern Med* 2011;171:937.
 19. Sociedad Española de Geriátría: *Tratado de geriatría y gerontología*. Madrid, IM&C, 2006.
 20. **Wilson IB, Schoen C, Neuman P et al.:** Physician-patient communication about prescription medication non-adherence: a 50-state study of America's seniors. *J Gen Intern Med* 2007;22:6.
 21. **Breton G, Froissart M, Janus N et al.:** Inappropriate drug use and mortality in community-dwelling elderly with impaired kidney function—the Three-City population-based study. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26:2852.
 22. **Corona RJA et al.:** Potential prescription patterns and errors in elderly adult patients attending public primary health care center in Mexico City. *Clinical Interventions Aging* 2009;4:343–350.
 23. American Geriatrics Society: 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:616.
 24. **Hamilton H, Gallagher P, Ryan C et al.:** Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med* 2011;171:1013.
 25. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios: *Programa de atención al adulto mayor polimedicado*. Madrid, 2008.
 26. Programa Nacional de Salud 2007–2012: *Por un México sano, construyendo alianzas para una mejor salud*. 1ª ed. México, 2007.
 27. **Lorenzo MS:** Calidad terapéutica. Cómo entenderla y cómo aplicarla. Unidad de Calidad, Fundación Hospital Alcorcón, Comunidad de Madrid, 2008.
 28. Secretaría de la Función Pública: *Guía para la documentación de mejores prácticas de innovación gubernamental*. México, 2012.

Experiencia hospitalaria con la Cuarta Meta Internacional de Seguridad del Paciente

*Jaime Antonio Zaldivar Cervera, Norma Beatriz Martínez Jiménez,
Efraín Hilario Márquez Medina*

Crear una cultura de seguridad no es fácil, puesto que además del personal de salud deben ser involucrados el paciente y sus familiares, con el fin de que exista una corresponsabilidad no sólo en el apego y adherencia terapéutica, sino en cuestiones que van desde una dieta o la atención en casa hasta el cuidado de un evento quirúrgico. El problema que se detecta es que nadie estaba a cargo de este aspecto, por lo que es importante considerar la importancia de la participación del propio paciente y del familiar responsable, siempre con la supervisión y el aval del personal de salud.

En la actualidad la cirugía se ha convertido en un componente principal de la asistencia sanitaria en todo el mundo, transformándose en un factor de peso evidente, ya que en muchas ocasiones es la única opción para curar una enfermedad, paliar sus complicaciones y reducir la mortalidad.

Lo anterior es posible a los grandes avances en las técnicas quirúrgicas y la anestesia, ambas apoyadas tecnológica y científicamente por diversos campos, como la ingeniería biomédica, la circulación extracorpórea, la química y la enfermería, generando verdaderos e impactantes avances en la cirugía moderna; en contraste, el personal de salud se ha olvidado de quién recibe el beneficio de esta ciencia, sin dar importancia a las complicaciones que se pueden presentar, las cuales pueden ser graves e incluso provocar la muerte, sin olvidar que los eventos adversos casi 50% de los eventos adversos se presentan en los procedimientos quirúrgicos.¹

Actualmente se estima que en el mundo se realizan al año 234 millones de intervenciones quirúrgicas bajo anestesia general, regional o con sedación profun-

da. Las tasas de mortalidad y de complicaciones perioperatorias en países desarrollados tras la cirugía que requirió hospitalización muestran cifras de entre 0.4 y 0.8% y de 3 a 17%, respectivamente. Esto ocurre a pesar de la extensa literatura médica sobre las complicaciones, que son bien conocidas por el personal de salud, repitiéndose aun cuando la mayoría son evitables. Además, existen múltiples evidencias que demuestran que una buena parte de ellas se pueden evitar por la experiencia del cirujano y, por extensión, del equipo quirúrgico, lo cual es un factor crucial para reducir esos errores.²

Los servicios quirúrgicos están repartidos de manera inequitativa, pues 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en 30% de la población mundial.

A pesar del costo-eficacia que puede tener la cirugía en cuanto al restablecimiento de la salud o incluso el preservar la vida se ve afectado ante la falta de acceso a una atención quirúrgica segura y de calidad, confirmando un grave problema a nivel global.

La falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes no sólo a nivel individual, ya de por sí grave, sino también en la salud pública, por la afectación en la credibilidad de los profesionales de la salud y por la problemática financiera que genera.

La cirugía en el paciente y sitio quirúrgico incorrectos mediante un procedimiento también inadecuado siempre se ha considerado poco frecuente, pero es más común de lo que se pudiera apreciar. En una revisión obtenida de varias fuentes (*National Practitioner Data Bank* y *Closed Claims Database for Wrong Site Procedures*) fueron detectados entre 1 300 y 2 700 casos al año en EUA de un universo de 75 millones de cirugías, lo que representa 5 a 10 veces más de lo considerado como aceptable por los estándares de Six Sigma en la industria de la manufactura.^{3,4}

Es un hecho que en la medida en que el paciente participe de manera activa se evitará sustancialmente esta equivocación. Ante la posibilidad de eliminarla por completo se ha propuesto que los hospitales se adhieran a la cultura de “cero tolerancia” para favorecer la seguridad del paciente quirúrgico.⁴⁻⁶

La cirugía en el sitio, el paciente y con el procedimiento incorrectos puede generar demandas por mala práctica, al considerar que estos eventos nunca debieron presentarse (*never events*), ya que desde 2004 la *Joint Commission* desarrolló como medida de seguridad el Protocolo Universal (verificación preoperatoria, marcado quirúrgico y tiempo fuera). En 72% de estos errores no se utilizó el protocolo.⁷⁻⁹

Los eventos incluidos en esta categoría, además de la cirugía realizada en alguna parte equivocada del cuerpo, en el paciente equivocado y con el procedimiento inadecuado, se adiciona retención de cuerpo extraño y muerte en el transoperatorio o en el posoperatorio inmediato en un paciente con valoración ASA I.¹⁰

Cuadro 11-1. Morbimortalidad de los pacientes quirúrgicos modificada después de aplicar la lista de verificación

Resultados	Antes de la lista de verificación	Después de la lista de verificación
Mortalidad	1.5%	0.8%
Complicaciones	11.0%	7.0%
Infección en sitio quirúrgico	6.2%	3.4%
Reingreso no programado a la sala de operaciones	2.4%	1.8%

El resultado fue daño importante en cinco pacientes equivocados (20%) y en 38 en el sitio incorrecto (35.5%); uno de estos paciente murió (0.9%). Las principales causas raíz en los casos de paciente equivocado fueron errores de diagnóstico (56%) y fallas de comunicación (100%); en relación con los pacientes con cirugía en sitio equivocado fueron errores de juicio (85%) y la falta de aplicación del protocolo universal, específicamente el tiempo fuera (72%). Debido a estos antecedentes se promueve la filosofía “cero tolerancia”, con el fin de dejar de ser permisivo ante estos hechos.^{10,12} La comunicación del equipo quirúrgico reduce el error en la sala de operaciones. Todas las medidas actualmente aplicadas pretenden reducir de manera significativa los riesgos y el daño a la salud.¹³

Una primera aproximación del resultado obtenido con el uso de la lista de verificación realizado en varios países deja de manifiesto la reducción significativa tanto en la morbilidad como en la mortalidad de los pacientes quirúrgicos, como se muestra en el cuadro 11-1.^{14,15}

CUARTA META: GARANTIZAR LAS CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y EN EL PACIENTE CORRECTO

Existen dos herramientas que favorecen significativamente el cumplimiento de la cuarta meta internacional para la seguridad del paciente:

1. Protocolo universal.
2. Lista de verificación.

Protocolo universal

Verificación del proceso antes de la cirugía

Es muy importante corroborar la identificación correcta del paciente, su correlación con el procedimiento y el área anatómica a intervenir, además de asegurar

que se cuenta con toda la documentación del expediente clínico, así como los auxiliares de diagnóstico y la congruencia con el planteamiento quirúrgico.

El marcado del sitio quirúrgico

Deberá realizarlo el responsable del procedimiento, con participación del paciente estando despierto y consciente siempre que sea posible, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión; debe ser visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad (derecho-izquierdo), estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna cervical, torácica, lumbar, sacrocoxígea). El símbolo utilizado es una diana, un círculo que incluye en el interior un punto.

Las contraindicaciones del marcado incluyen:

- Bebés prematuros, por el riesgo de que la marca se convierta en un tatuaje permanente.
- Superficies mucosas.
- Dientes.
- Rechazo de los pacientes por razones personales, aunque en estos casos se deberá realizar un registro detallado en el expediente clínico.

Tiempo fuera o *time out*

El cirujano es el líder y responsable para que se aplique en forma adecuada el tiempo fuera; él indica el momento en que se realiza una pausa, que es antes de realizar la incisión, para corroborar los principales puntos: identificación correcta del paciente, del procedimiento y del sitio quirúrgico, se puede ampliar con otros datos importantes, como consentimiento bajo información, alergias, alguna condición especial del paciente y profilaxis con antibióticos, disponibilidad de estudios de imagen, etc.

Los puntos a realizar que recomienda el protocolo universal se encuentran contenidos en la lista de verificación. La diferencia entre ambas es que en el primer caso no se tiene que realizar un registro y en el segundo se debe realizar el registro puntual de todas las acciones realizadas.^{18,19}

Lista de verificación

Permite registrar y documentar las acciones de aseguramiento realizadas para el paciente quirúrgico dentro de la sala de operaciones. Este instrumento contempla tres etapas:

- Al ingresar el paciente a la sala de operaciones.
- Antes de la cirugía.
- Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones.¹⁵⁻¹⁷

Los aspectos a revisar en cada uno de estos apartados están enunciados en el formato e instructivo incluidos para que todo el personal no lo realice de manera discrecional sino de manera uniforme.

El equipo quirúrgico aplicará y firmará la lista de verificación, además de incluir la información en el expediente clínico.

El personal responsable del procedimiento proporcionará información al paciente y a su familia en el ámbito de su competencia sobre la justificación, plan terapéutico, alternativas, riesgos de las intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos a realizar.

Es importante considerar los siguientes puntos:

- Verificar la existencia de la carta de consentimiento bajo información en todas las intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos definidos por la unidad médica hospitalaria.
- El personal responsable del procedimiento marcará inequívocamente el sitio (marcaje del sitio quirúrgico) de la intervención o procedimiento, o ambos.
- Considerar la participación del paciente cuando sus condiciones de salud lo permitan en todos los puntos del proceso de verificación preoperatorio.
- Verificar en la etapa previa al procedimiento del paciente la intervención quirúrgica, el sitio anatómico, el instrumental, el funcionamiento del equipo de anestesia y cualquier implante o prótesis que fuera necesario.
- Realizar una pausa quirúrgica o tiempo fuera en quirófano antes de realizar la incisión en el paciente para verificar la identificación del paciente correcto, el procedimiento correcto y el sitio correcto. El cirujano es el miembro del equipo quirúrgico que debe guiar este paso.
- Revisar en el posoperatorio inmediato el material utilizado durante la cirugía, el etiquetado de las muestras o piezas patología, así como los cuidados especiales que requerirá el paciente.

Para mayor claridad la figura 11-1 incluye la diferencia entre las dos herramientas.



Figura 11–1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”, CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”

Introducción

El hospital está construido sobre una superficie de 7 229 m² de terreno con un área construida de 47 915 m². El hospital cuenta con 512 camas censables, 221 camas no censables, 21 salas quirúrgicas ubicadas en cuatro pisos de diferentes especialidades con 10 Servicios de cirugía pediátrica y 10 servicios de cirugía par adultos y seis salas de terapia intensiva (neonatal, pediátrica, adultos, posquirúrgica, respiratoria y de trasplantes).

Se realizan 17 000 cirugías anuales, 178 trasplantes de riñón, 18 trasplantes de corazón, 10 trasplantes de hígado y más de 200 trasplantes de córnea cada año.

El total de población beneficiada es de siete millones de habitantes.

Considerando que desde 1999, cuando el Instituto de Medicina de EUA publicó el libro *Error es humano* y demostró impactantes resultados en el número de muertes debido a errores médicos prevenibles, se generó un mayor interés por mejorar las condiciones de seguridad de todos los pacientes.

El procedimiento quirúrgico, como parte del tratamiento para disminuir la morbilidad y la mortalidad en la atención a la salud, ha ido en aumento en las distintas instituciones de salud. Dada la creciente incidencia de trauma, cáncer, enfermedades cardiovasculares y, en general, todo tipo de padecimientos quirúrgicos, la necesidad de intervenciones quirúrgicas en las instituciones de salud se incrementará.

En relación con el número de procedimientos quirúrgicos que se realizan cada año en todo el mundo se estima que se realiza un procedimiento por cada 25 personas. Cada año 63 millones de personas se someten a cirugía por lesiones traumáticas y 31 millones por problemas oncológicos.

Se ha observado que el costo-eficacia de la cirugía es muy aceptable; sin embargo, la atención quirúrgica de calidad en ocasiones se afecta por errores en el tratamiento, los cuales se pueden evitar. Aunque han habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido muy variables de acuerdo con la institución en todo el mundo. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad de 5 a 10%; las complicaciones posoperatorias también son un grave problema. Hay estudios que revelan que 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones posoperatorias.

El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos; sin embargo, los principios reconocidos de seguridad en cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los países desarrollados. Así pues, no existe una solución única para mejorar la seguridad de la cirugía, de tal manera que es necesaria la aplicación de una serie de medidas de supervisión realizadas antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

Es por ello que desde octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló como estrategia la Alianza mundial para la seguridad del paciente, la cual promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención; de esta manera, en su Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente se tomó la seguridad de las prácticas quirúrgicas y se promovió la utilización de la lista de verificación, o *check list*, la cual actualmente es utilizada en distintas instituciones de salud de muchas partes del mundo. La lista se fundamenta en tres principios:

- La simplicidad: una lista exhaustiva de normas y directrices ampliaría la seguridad pero dificultaría su uso y difusión; es por esto que sólo se tocan los puntos clave y de fácil aplicación.

- La amplitud de aplicación: se logra la aplicación en cualquier procedimiento quirúrgico y en cualquier nivel de equipamiento y de recursos humanos.
- La mesurabilidad: permite medir el impacto; así se seleccionaron instrumentos de medida significativos, aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

Por lo anterior, el Centro Médico Nacional “La Raza” implementa en todos sus procedimientos quirúrgicos y procedimientos invasivos realizados en áreas quirúrgicas el cumplimiento la lista de verificación y lleva a cabo un estudio de apego a esta herramienta.

El estudio tiene el objetivo de valorar el grado de implementación y los factores asociados al cumplimiento de la lista de verificación quirúrgica, propuestos por la OMS, en los servicios de cirugía del hospital.

Metodología

El diseño del estudio es transversal y prospectivo, en el que se analizan los datos registrados en el expediente clínico de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de los servicios de cirugía del hospital entre enero y agosto de 2012.

Para la selección de los expedientes clínicos se utilizó un muestreo al azar. El tamaño de la muestra en su conjunto fue de 517 expedientes.

La revisión de los expedientes clínicos fue realizada por jefes de División de Cirugía Adultos y jefes del Servicio de Quirófano y Anestesia. Las variables indicadoras de la utilización de la lista de verificación de Cirugía segura incluyeron la presencia del listado en el expediente clínico del paciente intervenido quirúrgicamente y el cumplimiento de los ítems que componen el listado.

El cumplimiento se considera de forma global (todos los ítems) por grupos relacionados con el momento en que se han de comprobar (entrada, pausa, y salida). Un ítem se considera completo si está marcada la casilla de respuesta correspondiente e incompleto cuando dicha casilla se encuentra en blanco. También incluyeron el nombre y la firma de los participantes tanto en el procedimiento quirúrgico como en la lista de verificación.

El análisis estadístico incluye la descripción del porcentaje de cumplimiento, con un intervalo de confianza de 95% en los indicadores Existencia del listado en el expediente clínico y Cumplimentación de los ítems del listado (en su totalidad, en cada uno de sus tres apartados y en cada ítem individual). Adicionalmente se calculó un indicador compuesto del Cumplimiento de los ítems del listado con la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de ítems cumplidos} = \frac{\text{Núm. de ítems cumplidos del total de la muestra}}{\text{Núm. de ítems evaluados del total de la muestra}} \times 100$$

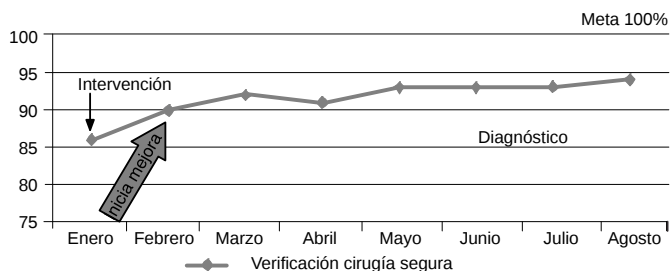


Figura 11-2. Cirugías realizadas dentro del quirófano en donde se realiza la lista de verificación de cirugía segura.

Las diferencias de cumplimiento se registraron numérica y gráficamente mediante un análisis comparativo del cumplimiento de la variable Cumplimiento completo del listado. En el análisis gráfico de perfiles estadísticos se incluyen las estimaciones de cumplimiento.

Resultados

Uso y cumplimiento de la lista de verificación de Cirugía segura.

En los resultados globales se observó que la lista de verificación se llevó a cabo en 478 casos de 517 (93%), de los cuales sólo 279 expedientes (54%) cumplieron en su totalidad (figura 11-2).

Los ítems con mayores porcentajes de cumplimiento en la entrada fueron el uso del pulsioxímetro (78.8%) y la comprobación de alergias (78.7%). El marcado del sitio quirúrgico registró el menor índice de cumplimiento de este grupo (63.1%).

En la pausa, la previsión de los eventos críticos correspondientes a enfermería obtuvo el mayor porcentaje de cumplimiento; se encontró incumplimiento en los pasos críticos (6.9%). En la fase de salida existió el menor cumplimiento (43.1%) (cuadros 11-2 y 11-3).

Cuadro 11-2. Agrupando los ítems según las fases en las que se divide el listado

Entrada	Pausa	Salida
51.8%	49.3%	43.1%

Cuadro 11–3. Muestra las frecuencias de los resultados arrojados sobre la evaluación de la hoja de verificación de los expedientes clínicos

	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de Lista de Verificación	476	93
Correctamente llenada	257	54
Ausencia de Lista de Verificación	38	7
Ausencia de nombre de cirujano	93	20
Ausencia de Diagnóstico	20	4
Ausencia de los pasos críticos	37	6.9
Llenado Imparcial	94	20

Análisis

En una etapa inicial el trabajo consistió en medir el grado de apego a la implementación de la lista de verificación de Cirugía segura y determinar si el registro era completo y homogéneo.

A partir de las estrategias implementadas de sensibilización con todo el personal que participa en los procedimientos quirúrgicos e invasivos, la capacitación, el asesoramiento y la supervisión, los resultados demostraron un mayor apego.

En el tiempo en el que se realizó el estudio (siete meses) la lista de verificación se encontró en 93% de los expedientes clínicos revisados, pero sólo 54% en forma completa. Actualmente las estrategias están dirigidas a lograr 100%. En España, por ejemplo, hay estudios que muestran una utilización superior a 85%, llegando incluso a 100% de las intervenciones programadas. En los hospitales de Ontario, Canadá, la *check list* se utiliza en una media de 92% de las intervenciones. Estos datos comparativos, tanto en México como en otros países, indican que una mejora en la utilización del listado es perfectamente posible y que, por tanto, debería constituir un objetivo a conseguir por parte de los programas de gestión de calidad del Centro Médico Nacional “La Raza”.

De igual forma, el incremento del cumplimiento en su totalidad de la lista de verificación de Cirugía segura es de sólo 54% de los expedientes analizados, por lo que hay que seguir trabajando en forma multidisciplinaria. La enorme ventaja radica en conocer de manera objetiva el resultado de las estrategias aplicadas, reconsiderarlas o seguir fortaleciendo para el apego cada vez mayor entre el personal que realiza procedimientos invasivos.

Por otra parte, las deficiencias en el cumplimiento no son homogéneas en todos los apartados del listado. En general los ítems correspondientes a la Entrada y la Pausa se cumplen mejor que los de Salida. Esta misma situación se ha observado en otros estudios.

Las causas que pueden originar este comportamiento diferenciado no son obvias, por lo que habrá que profundizar en su comprensión. Algunos probables

factores subyacentes pueden ser el cansancio de los profesionales tras la intervención quirúrgica y que el cumplimiento de dichos ítems se realiza cuando el cirujano ya ha dado por terminada su intervención, pudiendo incluso ser cumplidos cuando se encuentre fuera del quirófano.

Al analizar los resultados del porcentaje de cumplimiento se observa que el Centro Médico Nacional "La Raza" se encuentra en el porcentaje medio de cumplimiento parcial de 93% y del cumplimiento total por arriba de 50%.

Los datos de este estudio son los registrados sobre el cumplimiento de la lista de verificación de Cirugía segura; sin embargo, hay que trabajar sobre las medidas reales de seguridad, por lo que puede ser que los resultados no correspondan totalmente a la realidad si existe un infrarregistro o un suprarregistro de lo que realmente se hace.

Finalmente, con los resultados obtenidos, las políticas del hospital están encaminadas no sólo a seguir incrementado el apego a la lista de verificación, sino a medir el impacto en la seguridad del paciente, para identificar las cuasifallas, los eventos adversos y los eventos centinela, y realizar un análisis causa raíz para evitar que se presenten o que recurran, así como la congruencia entre el apego entre esta herramienta y la reducción de los eventos adversos.

REFERENCIAS

1. **Gawande AA, Thomsas EJ, Zinner MJ:** The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999;126(1):66–75.
2. **Grande L:** Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria. *Cirugía Española* 2009;86(6):329–330.
3. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M:** *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, Institute of Medicine, 1999.
4. **Arenas MH, Anaya PR:** Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cir Ciruj* 2008;76:355–361.
5. **Rodríguez SJ, Mata MP:** Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. *Rev CONAMED* 2007;12(2):8–14.
6. **Gutiérrez VR:** Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. *Rev CONAMED* 2007;12(2):4–7.
7. **Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR et al.:** An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008;372:139–144.
8. **Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD:** Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care* 2002;14:269–276.
9. Organización Mundial de la Salud: Alianza mundial para la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.
10. **Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH et al.:** A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491–499.

11. Consejo de Salubridad General: Estándares para la certificación de hospitales 2012. México, 2012.
12. **Parker SE, Laviana AA, Wadhera RK, Wiegmann DA, Sundt TM III:** Development and evaluation of an observational tool for assessing surgical flow disruptions and their impact on surgical performance. *World J Surg* 2010;34:353–361.
13. **Ruelas BE, Sarabia GO, Tovar VW:** *Seguridad en el paciente hospitalizado*. Instituto Nacional de Salud Pública, Panamericana, 2007.
14. **Mills P, Neily J, Dunn E:** Teamwork and communication in surgical teams: Implications for patient safety. *J Am Coll Surg* 2008;206:107–112.
15. **Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR et al.:** Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008;143:12–18.
16. **Ranji SR, Shojania KG:** Implementing patient safety interventions in your hospital: what to try and what to avoid. *Med Clin N Am* 2008;92:275–293.
17. **Kwaan MR, Studdert DM, Zinner MJ, Gawande AA:** Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. *Arch Surg* 2006;141:353–358.
18. **Campañá VG:** Errores médicos en el ambiente quirúrgico. ¿Cómo prevenirlos? Parte 1. Generalidades. *Rev Chil Cir* 2006;58:235–238.
19. **Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA:** Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg* 2011;212:873–879.
20. **Hull L, Arora S, Kassab E, Kneebone R, Sevdalis N:** Observational teamwork assessment for surgery: content validation and tool refinement. *J Am Coll Surg* 2011;212:234–243.
21. **Souba C:** Perspective: the language of leadership. *Acad Med* 2010;85:1609–1618.

Farmacovigilancia en la Delegación Norte del Distrito Federal

Ricardo Avilés Hernández, Blanca Lydia Ahumada Céspedes, Celida Duque Molina, Víctor Manuel Aguilar, Jesús Ernesto Casillas Cancino

INTRODUCCIÓN

A partir de la epidemia de focomelia en recién nacidos en Europa en la década de 1960, originada por la administración de talidomida en mujeres embarazadas, se gestó una incipiente vigilancia de efectos adversos de medicamentos en diferentes países. A fines de esa década la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco del Programa Internacional para el Monitoreo de Medicamentos, propuso la creación de un Centro para la Farmacovigilancia Internacional, que actualmente tiene su sede en Uppsala, Suecia, en el que participan activamente 86 países.¹

En México en 1995 la Secretaría de Salud, mediante la Reforma del Sector Salud de 1995 a 2000, estableció la implementación del Programa Permanente de Farmacovigilancia e instituyó la creación del Centro Nacional de Farmacovigilancia con centros en cada entidad federativa, con el objetivo principal de mejorar la racionalización y optimización de la terapéutica mexicana, con la consecuente detección oportuna de problemas potenciales relacionados.² México ingresó al Programa Internacional para el Monitoreo de Medicamentos en 1999.³

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en seguimiento a las políticas internacionales y nacionales, estableció en 1999 el Centro Institucional de Farmacovigilancia coordinado por la Secretaría de Salud, teniendo como marco jurídico la NOM-220-SSA1-2002, Para la instalación y operación de la farmacovigilancia,⁴ derivado de ésta, elaborando la norma que establece las Disposiciones para la operación del Sistema Institucional de Farmacovigilancia (SIFAVI), la

Vigilancia de insumos para la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Guía de servicio para llevar a cabo la notificación de sospechas de reacciones adversas de los medicamentos, vacunas e insumos para la salud.⁵

En concordancia con el SIFAVI, en la Delegación Norte del Distrito Federal en 2002 se creó el Centro Delegacional de Farmacovigilancia, en apego a la normatividad vigente, el cual debía ser asignado a una unidad médica de segundo nivel, con ubicación en el Hospital General Regional No. 25 “Ignacio Zaragoza” y constituido por los Comités de Farmacia y Terapéutica (COFAT), instalados en cada unidad médica de los tres niveles de atención, e integrado por profesionales que trabajan en dichas unidades. Inicialmente estuvo constituido por cuatro hospitales y seis unidades de medicina familiar, pero en la actualidad participan 100% de las unidades médicas de primero y segundo niveles (6 hospitales y 23 unidades de medicina familiar). A través de la metodología de un Sistema de Farmacovigilancia activa, los Comités de Farmacia y Terapéutica detectan y registran las reacciones adversas a medicamentos (RAM) para su análisis clínico y epidemiológico en el Centro Delegacional de Farmacovigilancia (CDFAVI) de forma mensual; posteriormente se retroalimenta a las unidades médicas sobre las conclusiones y se formulan sugerencias. El mismo emite un boletín informativo sobre las RAM y recomendaciones a la comunidad médica de la Delegación Norte del Distrito Federal.

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

La OMS define la farmacovigilancia como “La ciencia que se encarga de recopilar, monitorear, investigar, valorar la causalidad y evaluar la información que proporcionan tanto los profesionales de la salud como los pacientes acerca de los efectos adversos de los medicamentos, productos biológicos y herbolarios, así como aquellos empleados en medicina tradicional, buscando identificar información nueva relacionada con las reacciones adversas y prevenir el daño en los pacientes”.³

Es importante señalar la diferencia entre reacción adversa y evento adverso. En la primera se genera un efecto adverso producido por el fármaco o la idiosincrasia del paciente y en el segundo la causa es el error en la prescripción o administración del medicamento.

Desde la aparición de los medicamentos han ocurrido una serie de cambios generacionales:

- De primera generación: incluyen las reacciones que son completamente inesperadas, no relacionadas con el efecto farmacológico ni con la enfermedad o problema tratado, denominándose efectos adversos tipo B.

- De segunda generación: integrada por las reacciones adversas tipo A, relacionadas con la acción y el efecto farmacológico.
- De tercera generación: constituida por los eventos adversos secundarios a errores en la prescripción; se orienta a la investigación y la prevención.⁶

Vista la farmacovigilancia como una actividad de la salud pública, implica una responsabilidad compartida por todos los agentes relacionados con la administración del medicamento: instituciones y organizaciones del Sistema Nacional de Salud, profesionales prestadores de salud (médicos, enfermeras, estomatólogos, nutriólogos, etc.), centros de investigación clínica, titulares de registro sanitario, distribuidores y comercializadores de los medicamentos, incluyendo las vacunas y los remedios herbolarios que se utilicen en el tratamiento de seres humanos.

De tal forma que el Centro Delegacional de Farmacovigilancia de la Delegación Norte del Distrito Federal, en concordancia con la Buenas Prácticas de Farmacovigilancia para las Américas, de la Organización Panamericana para la Salud (OPS),⁴ ha establecido los siguientes objetivos estratégicos:

1. Detectar los problemas relacionados con el uso de medicamentos y comunicar los hallazgos en las reuniones mensuales.
2. Coadyuvar con la evaluación de los beneficios, daños, efectividad y riesgos de los medicamentos a la prevención de los daños y maximización de los beneficios.
3. Generar seguridad en el uso de los medicamentos en forma racional y efectiva.
4. Promover el entrenamiento clínico en farmacovigilancia.
5. Generar una cultura de reporte de sospecha de reacciones adversas a medicamentos (RAM) con carácter obligatorio.

Estos objetivos promueven una estrategia de análisis y gestión en seguridad de medicamentos y farmacovigilancia en la detección temprana de riesgos asociados y prevención de reacciones adversas.

El logro de los objetivos se debe a las buenas prácticas del Centro Delegacional de Farmacovigilancia y los comités de farmacia y terapéutica en las unidades médicas, que en sesiones mensuales analizan la veracidad y confiabilidad de los datos, respetando la confidencialidad de los derechohabientes que presentaron RAM.

Una vez validada la información de forma continua e inmediata cada representante de los COFAT comunica a la comunidad médica de sus unidades las conclusiones, los medicamentos involucrados y las manifestaciones clínicas de las RAM, para que se realicen las medidas de prevenciones específicas y correctas. Por su parte, el Centro Delegacional, de acuerdo con la información periódica, emite un boletín de alerta de medicamentos que ocasionaron RAM.

DESARROLLO DEL TEMA

Justificación y marco jurídico

A partir de la publicación del artículo *To err is human*, en 1999, se informó que los errores médicos producen entre 44 000 y 88 000 muertes por año en EUA, de las cuales 7 000 corresponden a errores por medicación, con grandes repercusiones sociales y económicas, generando un gasto de dos mil millones de dólares anuales.⁷

Las posibles consecuencias deletéreas del uso de algunos medicamentos generan especial preocupación entre los pacientes, los médicos prescriptores, los dispensadores y las autoridades reguladoras, pues las reacciones adversas son una causa importante no sólo de consulta médica, sino también de ingreso hospitalario, estancia prolongada y en ocasiones de la muerte del paciente, condicionando el retiro del mercado de algunos medicamentos, como consecuencia de una relación beneficio/riesgo desfavorable no detectada cuando se autorizó la comercialización.

Como se describe en el informe de la OMS de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, uno de los principales requisitos de los programas de mejora en la seguridad de los pacientes es reunir información de calidad y completa sobre reacciones adversas y errores de medicación, de modo que esos programas constituyan fuentes de conocimiento y sirvan de base para futuras actividades de prevención. Si no se toman las medidas apropiadas ante una reacción adversa a un medicamento o cuando se conocen nuevas comprobaciones al respecto, sucede en general que la lección no se aprende y se pierde la oportunidad de generalizar el problema y de soluciones efectivas, aplicables de forma más amplia.⁸ Con estos supuestos surgen dos ejes fundamentales de acción:

1. La formación adecuada en farmacología clínica y terapéutica en todos los niveles para una mejor utilización de los medicamentos.
2. El establecimiento de un sistema de farmacovigilancia.

La OPS y la OMS han enfatizado el desarrollo de Guías de Buenas Prácticas para facilitar y perfeccionar el sistema de notificación de farmacovigilancia y mejorar así la seguridad de los pacientes. Instrumento que conduzca como mínimo a una retroalimentación de las conclusiones del análisis de datos, su difusión y que incluya idealmente recomendaciones para cambios en los procesos y sistemas de salud de lo aprendido, y de esta manera generar nuevas competencias, recursos humanos y financieros. Por su parte, la autoridad que recibe las notificaciones debe ser capaz de influir en las soluciones, además de diseminar la información y recomendar los cambios pertinentes.⁹

Lo anterior es de vital importancia, en virtud de que los medicamentos modernos han cambiado la forma de tratar las enfermedades y las diversas alteraciones del estado de salud; sin embargo, pese a todas las ventajas que ofrecen, cada vez hay más pruebas de que las reacciones adversas a los medicamentos son causa frecuente de enfermedad, discapacidad o incluso la muerte, de tal forma que se estima que en algunos países las reacciones adversas a los medicamentos representan entre la cuarta y la sexta causa de mortalidad.¹⁰⁻¹²

Con este panorama, desde el punto de vista normativo, en la Ley General de Salud el artículo 58 fracción V bis obliga a dar información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos.²

Por su parte, en el Reglamento de Insumos para la Salud, en el artículo 38 también se obliga a notificar las reacciones adversas de los medicamentos u otros insumos que se presenten durante la comercialización o uso de éstos, las notificadas por los profesionales de la salud, las publicadas en la literatura científica y las reportadas por los organismos sanitarios internacionales, y deberán hacerse del conocimiento inmediato a la Secretaría de Salud por el titular del registro y por los distribuidores o comercializadores de los insumos.¹³

En cumplimiento con lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, con fecha del 27 de noviembre de 2002, la Dirección General de Medicamentos y Tecnologías para la Salud presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario —recientemente se ha actualizado a cargo de la COFEPRIS— la Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012 de la Instalación y Operación de la Farmacovigilancia editada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de enero de 2003, en la cual se señala que es de observancia obligatoria en el territorio nacional para las instituciones y organismos del Sistema Nacional de Salud, los profesionales de la salud, los centros de investigación clínica, los titulares del registro sanitario, los distribuidores y comercializadores de los medicamentos —incluyendo vacunas y remedios herbolarios—, que se utilicen en el tratamiento de seres humanos, así como el reporte de reacciones secundarias a su administración.^{13,14}

En el IMSS, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4, 5 y 76 fracciones I a XXII del Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 11 de noviembre de 1998 —reformado según el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de octubre de 1999 y el decreto de reforma publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de junio de 2003— se expidió la norma que establece las disposiciones para la operación del sistema institucional de farmacovigilancia y de insumos para la salud en el IMSS, con el objetivo de establecer las disposiciones, que las unidades médicas deberán observar para notificar al

Centro Institucional de Farmacovigilancia las reacciones adversas de los medicamentos, vacunas e insumos para la salud, cuyo ámbito de aplicación es de observancia obligatoria para todas las unidades médicas del IMSS.¹⁵

Con este marco normativo se creó el Centro Institucional de Farmacovigilancia, cuya función principal es coordinar el desarrollo del Sistema Institucional de Farmacovigilancia, que está ubicado en la División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud, dependiente de la Dirección de Prestaciones Médicas y mediante la notificación “voluntaria” de sospechas de reacciones adversas de medicamentos, vacunas e insumos para la salud. La notificación es realizada por el Comité de Farmacia y Terapéutica Médica posterior a la administración de un medicamento, vacuna o insumo para la salud en la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria; pueden incluir reacciones a fármacos de reciente introducción en la terapéutica (últimos dos años), reacciones mortales que pongan en peligro la vida del paciente y reacciones que provoquen ingreso hospitalario que prolonguen la estancia hospitalaria, ausencia laboral o escolar, malformaciones congénitas o cáncer, efectos irreversibles y alteraciones importantes de laboratorio, así como reacciones que se presenten durante las campañas de vacunación.

La actualización emitida en septiembre de 2000 determina que cada Centro Delegacional de Farmacovigilancia recibirá las notificaciones concentradas por los comités locales de farmacia y terapéutica médica.¹³

En la norma de 2006 se reincorporó el SIFAVI como plataforma y guía de servicio para el registro de las RAM; asimismo, se pueden reportar los eventos temporales asociados a vacunación en la misma plataforma.^{14,15}

Sistema de notificación

El objetivo más importante de la farmacovigilancia es la identificación y notificación de eventos adversos relacionados con los medicamentos a través de un sistema en el cual todos los profesionales de salud en contacto con el paciente que suministran medicamentos participen, incluido el paciente. La información obtenida debe ser centralizada en un organismo especializado avalado por una autoridad sanitaria, para su oportuna difusión a la comunidad médica.

Existen una gran variedad de sistemas de notificación y cobertura. Por ejemplo, algunas naciones disponen de un sistema parcialmente descentralizado, constituido por un centro coordinador de unidades regionales y autónomas; otras cuentan con un centro único regional. También hay una diversidad del tipo de reportes, que incluyen reacciones adversas a medicamentos destinados a uso humano y dispositivos de uso médico, y medicamentos de uso en veterinaria; inclusive hay países en los que los sistemas de monitoreo registran los efectos adversos

atribuibles a las vacunas, con independencia del programa de reacciones adversas a los medicamentos. Recientemente otras naciones desarrollaron sistemas para monitorear productos específicos, como antirretrovirales, antimaláricos y antihelmínticos.^{16,17}

La observación clínica y la notificación de sospechas de reacciones adversas suele ser el método más rápido y eficaz para generar alertas (o señales) o hipótesis de causalidad, así como también para diseñar estudios específicos de farmacovigilancia activa que permitan conocer el perfil de seguridad de los medicamentos utilizados por la población en general y de los destinados a subpoblaciones específicas.

De igual forma, buscan alcanzar mayor seguridad en el uso de los medicamentos mediante la detección rápida de reacciones adversas graves, en especial en los últimos dos años, determinando la frecuencia de aparición de efectos adversos, factores de predisposición, relaciones de causalidad e interacciones medicamentosas, y estudiando grupos especiales de población (niños, embarazadas, personas con insuficiencia renal o hepática, pacientes con sida, etc.), además de permitir el desarrollo programas de formación e información al personal sanitario, a fin de estimular su participación activa.

Como en cualquier sistema de notificación, el objetivo fundamental es aprender de la experiencia, ya que por sí misma la notificación no mejora la seguridad si no se generan acciones para una respuesta con cambios positivos. Cuando es percibida por la comunidad médica como útil por su aplicación clínica y no como una justificación de recursos gastados, actúa como un motivador para la notificación espontánea por parte del prestador del servicio, la promoción de formas de aprendizaje y de mejoramiento de la seguridad al generar alertas, la difusión de experiencias, el análisis de tendencias de riesgo y el perfeccionamiento de la función de los sistemas.

Con respecto a la metodología de notificación en los profesionales sanitarios, las más comunes son:

1. **Sistema de notificación espontánea:** también se conoce como sistema de tarjeta amarilla; es voluntario en la mayoría de los países, con excepción de España y Francia. Consiste en la identificación y detección de la sospecha de reacciones adversas de medicamentos por parte del prestador de salud en su práctica diaria y envío de la información a un organismo que la centraliza.
2. **Sistema de farmacovigilancia intensiva:** consiste en la recolección de datos en forma sistemática y detallada de las reacciones adversas, que puede ser centrados en el paciente y en el medicamento.
3. **Estudios epidemiológicos:** los datos de reacciones adversas son utilizados para comprobar hipótesis de causalidad entre estas reacciones y el uso del medicamento, como estudios de casos y controles, estudios de cohorte, etc.¹

EXPERIENCIA DEL COMITÉ DELEGACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

La farmacovigilancia constituye una actividad de salud pública, que tiene como objetivo el análisis y gestión de riesgos del medicamento una vez comercializado.

El análisis de riesgos de los medicamentos está relacionado con la obtención y manejo de datos, incluyendo la identificación de riesgos, su cuantificación y su gestión, la evaluación de su aceptabilidad social, las medidas de prevención y la comunicación.

El Centro Delegacional de Farmacovigilancia considera que los medicamentos se utilizan en un medio imperfecto, en el que el proceso secuencial de acciones y decisiones de la cadena terapéutica del medicamento (prescripción, transcripción y dispensación, administración y uso por parte del paciente) puede llegar a presentar una serie de errores que conllevan a los eventos adversos.

Debido a que la seguridad de los medicamentos no es un concepto absoluto, la respuesta al medicamento puede ser afectada por la gravedad de la enfermedad subyacente, la disponibilidad de tratamientos alternativos y la cultura científica de la población, que modifican la percepción de riesgo aceptada como tolerable.

Dichas situaciones conducen a los accidentes con medicamentos, determinando un problema grave de salud pública en constante cambio y no bien delimitado, lo cual constituye un problema de política sanitaria.¹⁸

El Centro Delegacional de Farmacovigilancia actualmente está constituido por 100% de las unidades médicas de la delegación Norte del Distrito Federal (6 hospitales de segundo nivel y 23 unidades de medicina familiar), lo cual genera una experiencia de trabajo conjunto entre las unidades de medicina familiar y los hospitales de segundo nivel, constituyendo una red de intercambio de conocimientos, experiencias y de retroalimentación de la información de las reacciones adversas entre los integrantes de los comités y la comunidad médica.¹⁹ Por ello, se ha desarrollado e implementado un modelo basado en resultados y de gestión de riesgo de la RAM, constituido por cuatro fases:

- Pasiva.
- Activa/intensiva.
- Análisis epidemiológico.
- Análisis de retroalimentación (figura 12–1).

Fase pasiva

El médico responsable del COFAT en las unidades médicas de primero y segundo niveles realizan un recorrido diario a los servicios y reciben el reporte verbal de sospecha de una RAM.

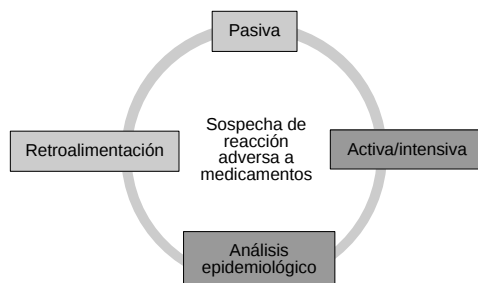


Figura 12–1. Modelo de resultados y gestión de riesgo ante una reacción adversa a medicamentos.

Fase activa/intensiva

Acuden los integrantes del COFAT a los servicios con sospecha de RAM, solicitan el expediente al área de informática y de archivo clínico; posteriormente hacen una evaluación en sesión departamental. Una vez verificado se llena el informe de sospecha de reacciones adversas de los medicamentos, que consta de seis secciones: datos del paciente, datos de sospecha de reacción adversa, información del medicamento sospechoso, farmacoterapia concomitante, datos importantes de la historia clínica y procedencia de la información. También se realiza un resumen del caso.

Fase de análisis epidemiológico

Una vez confirmado el caso de RAM se sesiona en el Centro Delegacional y los responsables de los comités de farmacia y terapéutica, para especificar la probabilidad y categoría ordinal de acuerdo con el algoritmo modificado de Naranjo; se clasifica como probado, probable, posible y dudoso.

A continuación, en forma simple se identifica la frecuencia de los medicamentos involucrados, las enfermedades de base, los síntomas y signos de las reacciones adversas, las acciones realizadas a nivel local y los resultados observados. Se registra en una minuta de trabajo con firmas autógrafas.

Posteriormente el responsable del Centro Delegacional registra la información en la plataforma electrónica de SIFAVI y envía un informe a la jefatura de Prestaciones Médicas.

Reacciones adversas
 SNC: Somnolencia, sedación, malestar, confusión mental, cefalea, alucinaciones, ansiedad.
 Dermatológicos: exámenes, alopecia (rara), eritema multiforme (rara), rash.
 Gastrointestinales: estreñimiento, náuseas, vómitos, malestar abdominal pancreatitis (rara).
 Endocrinas y metabólicas: ginecomastia, impotencia sexual, disminución de la libido, efectos antiandrogénicos.
 Hematológicos: trombocitopenia, anemia aplásica (rara), granulocitopenia, leucopenia.
 Hepáticos: hepatitis con o sin ictericia, elevación de TGP, con daño hepatocelular o hepatocanalicular o mda. Muerte.
 Cardiovasculares: bradicardia, taquicardia, vasculitis (rara).
 Neuromusculares y esqueléticas: ataxias, migrales.
 Renales: creatinina sérica elevada.
 Locales: dolor transitorio en el sitio de inyección.

INTRODUCCIÓN
 Agente gastrointestinal, agonista del receptor H₂ de la histamina que se encuentra incluida en el Cuadro Básico Institucional de Medicamentos, para el tratamiento de gastritis en los 3 niveles de atención. No obstante, a través de diversas visitas de supervisión de la Coordinación de Atención Médica a las unidades de la Delegación Norte del D. F., se ha constatado el uso indiscriminado de este fármaco sin que medie una indicación clara y precisa, aunado a esto, durante el año 2006 la ranitidina se encontró como terapia concomitante en 10% de las reacciones adversas a medicamentos reportados.

MECANISMO DE ACCIÓN
 Inhibición competitiva de la histamina en los receptores H₂ de las células parietales gástricas, lo que inhibe la secreción de ácidos gástricos.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA
 Absorción gastrointestinal (100% – 3 h).
 La presencia de alimentos prolonga el lapso para alcanzar las concentraciones plasmáticas máximas.
 Biodisponibilidad de 60 a 85%.

Se une a proteínas en 20 a 40%.
 Metabolismo o nivel hepático.
 Concentraciones mayores que las plasmáticas en orina, riñón, pulmón, líquido prostático, heces, bilis, macrófagos, neutrófilos.
 Concentraciones menores que en plasma en LCR y líquido prostático.
 Atraviesa parcialmente la barrera hematoencefálica.
 Excreción predominantemente por riñón (40 a 60%), excreción por leche materna.
 Debe disminuirse la dosis en pacientes con insuficiencia renal.

Dosis y vía de administración

Adultos: 150 a 300 mg/c/12 a 24 h
 Vía oral
 50 mg/c/6 a 8 h IM o IV
 Tiempo de administración:
 de acuerdo a patología
 Niños: 2 a 4 mg/kg/d fraccionado
 en 2 dosis c/12 h

INDICACIONES

Tratamiento a corto plazo de úlceras duodenales activas y úlceras gástricas benignas.
 Prevención a largo plazo de úlcera duodenal y estados de hipersecreción gástrica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, úlcera posoperatoria recurrente, tratamiento y prevención de esofagitis erosiva, hemorragia gastrointestinal superior, prevención de neumonía por broncoaspiración de ácido durante cirugía y prevención de úlceras por estrés.
 Presentación de venta libre para utilizarse en el alivio de pirosis, indigestión ácida y dolor estomacal.



COMITÉ DELEGACIONAL
 SISTEMA INSTITUCIONAL
 FARMACOVIGILANCIA
 2007
 INFORMACIÓN GENERAL



Ranitidina
 Tabletas o grageas 150 mg
 Clave 1233
 Solución inyectable 50 mg/mL
 Clave 1234

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a la ranitidina o a cualquier componente u otros antagonistas H₂.
 Pórfiria aguda.
PRECAUCIONES
 Distinción hepática y renal.
 Fenilcetonuria.

INTERACCIONES

Inhibidor de la isoenzima CYP206 y 343/4 del citocromo p450.
 Efectos variables sobre la warfarina.
 Los antiácidos disminuyen la absorción de la ranitidina.
 Reduce la absorción del ketoconazol y el itraconazol.

Figura 12–2. Modelo de farmacovigilancia.

Fase de retroalimentación

Cada representante del COFAT de las unidades retroalimenta a las mismas sobre los resultados del análisis de la RAM y se emiten recomendaciones.

El CDFAVI emite cada año un boletín informativo a la comunidad médica de la delegación acerca de los medicamentos que presentaron RAM, su frecuencia, las manifestaciones de reacciones adversas y las recomendaciones de medidas específicas en su administración, sobre todo en personas con antecedentes personales y familiares con probables respuestas adversas (figura 12–2).

Se hace énfasis en que el personal de salud sea muy estricto en el uso, la dosificación y la administración del medicamento, así como en las recomendaciones para el paciente al apego a las indicaciones médicas y la comunicación sobre las reacciones adversas que puedan llegar a presentarse (figura 12–3).

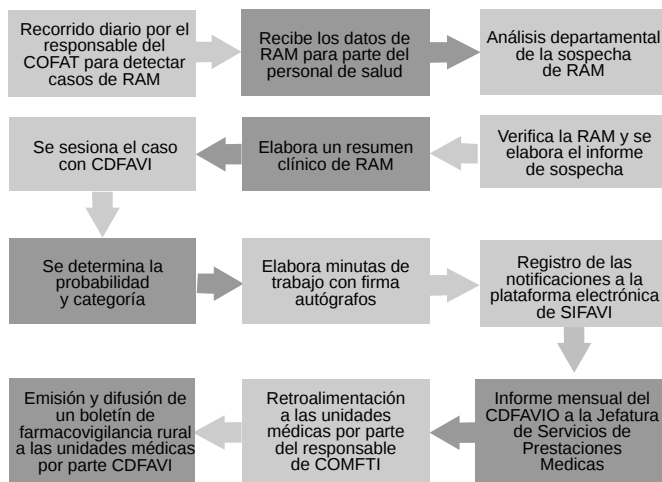


Figura 12-3. Proceso de notificación de reacción adversa a medicamento.

Con este modelo el Centro Delegacional en sus primeros cuatro años de actividad (2002 a 2005) cuantificó 375 reportes de RAM, en los cuales predominó el sexo femenino en 55.2%, con 207 casos, seguido del masculino en 44.8%, con 168 casos.

Predominó la categoría “posible” en cerca de la mitad de los reportes, con 49.1%, seguida de “probable” en 42.9, como se despliega en el cuadro 12-1.

Con respecto a los medicamentos asociados, entre los 10 principales el más frecuente fue el trimetoprim con sulfametoxazol en 18.2%, con 68 casos, seguido

Cuadro 12-1. Categoría de reacción adversa a medicamento

Categoría	No.	%
Posible	184	49.1
Probable	161	42.9
Dudosa	22	5.9
Probada	8	2.1
Total	375	100

Archivo del Centro Delegacional de Farmacovigilancia, 2002-2005

Cuadro 12-2. Medicamentos que generan reacción adversa

Medicamento	No.	%
Trimetoprim/sulfametoxazol	68	18.2
Penicilina sódica cristalina	24	6.4
Ciprofloxacina	14	3.7
Carbamazepina	13	3.5
Captopril	11	2.9
Citaracina	10	2.7
Metoclopramida	9	2.4
Metotrexato	9	2.4
Ácido acetil salicílico	8	2.1
Otros	199	5.3
Total	375	100

Archivo del Centro Delegacional de Farmacovigilancia, 2002–2005

de la penicilina sódica cristalina en 6.4%, con 24 casos, y la ciprofloxacina en 2.4%, con 14 casos de reacción adversa (cuadro 12-2).

En lo tocante a los aparatos y sistemas afectados por la reacción adversa se encontró 64.8% en los dermatológicos, con 228 casos, seguidos por los neurológicos en 20.5%, con 77 casos (cuadro 12-3).

Cabe mencionar que el motivo de administración de medicamento fue enfermedad en 345 casos (92.0%), prevención en ocho (2.1%) y objetivo suicida en siete casos (1.6%).

La vía de administración que predominó fue la oral en 222 casos (59.2%), seguida de la endovenosa en 81 casos (21.6%), la intramuscular en 25 casos (6.7%) y la subcutánea en cuatro casos (1.06%).

En relación con la dosis administrada, fue normal en 80.0% (300 casos), seguida de la no adecuada en 6.9% (26 casos) y de sobredosis en 2.1% (8 casos), situa-

Cuadro 12-3. Aparatos y sistemas afectados por reacciones adversas

Aparato y sistema	No.	%
Dermatológico	228	64.8
Neurológico	77	20.5
Digestivo	25	6.7
Respiratorio	18	4.8
Cardiológico	14	3.7
Otros	8	2.1
Hepático	2	0.5
Total	375	100

Archivo del Centro Delegacional de Farmacovigilancia, 2002–2005

ción que amerita considerar su análisis para integrarla como evento adverso/error de medicación.

Contaban con antecedente de reacción adversa 55 casos (14.7%), sin antecedente 175 casos (46.9%) y esta información no se especificó en 34 casos (38.4%).

Del total de casos, 256 recibían tratamiento concomitante (68.5%), 85 no recibían tratamiento (22.4%) y en 34 (9.0%) no se especificó esta información.

En los últimos cinco años se ha contado con la participación de la totalidad de las unidades médicas de la delegación, incrementándose hasta casi cinco veces el reporte de RAM (de 375 a 1804) en el periodo de 2008 a 2012. Del total de reportes, tres fueron graves. Durante 2008 se presentaron dos, uno por carbamazepina y otro por trimetoprim/sulfametoxazol; ambos condicionaron síndrome de Stevens-Johnson. La tercera ocurrió en 2011, secundaria a la administración de medio de contraste yodado con reacción anafiláctica y paro respiratorio. La descripción detallada por unidad y por año se incluye en el cuadro 12-4.

Las notificaciones espontáneas de RAM por parte del prestador de salud son inexistentes en nuestro contexto. Esta subnotificación constituye uno de los principales problemas, lo cual es muy relevante en la atención primaria, en la que existe la mayor prescripción de medicamentos (entre 80 y 90%); hasta 2.5% de las consultas pueden estar motivadas por una reacción adversa a medicamentos.²¹

Se reconocen como barreras de notificación espontánea la falta de tiempo en la consulta, la falta de conocimiento de los sistemas de farmacovigilancia, la comunicación deficiente y la falta de compromiso del personal. A ello se suman un deficiente interés del paciente por comunicar las reacciones adversas.^{21,22} Un obstáculo en México podría ser la no obligatoriedad institucional del reporte de reacciones adversas a medicamentos.¹⁴

CONCLUSIONES

El Comité Delegacional de Farmacovigilancia, encaminado a las buenas prácticas en un sistema de notificación descentralizado y en un modelo de resultados y gestión de reacciones adversas a medicamentos, en sus primeros años funcionó aproximadamente con la mitad de las unidades médicas de primero y segundo niveles de la Delegación Norte del Distrito Federal, pero actualmente cuenta con la participación de 100% de las unidades, lo que ha permitido quintuplicar el número de reportes de reacciones adversas.

El logro del sistema de farmacovigilancia radica en la simpleza del funcionamiento del Comité de Farmacia y Terapéutica y del Centro Delegacional de Farmacovigilancia de acuerdo con la normativa institucional, así como en la participación de un grupo de trabajo transdisciplinario de médicos, enfermeras, epi-

Cuadro 12-4. Reacciones adversas a medicamentos, 2008 a 2012

Unidad	2008	2009	2010	2011	2012
UMF 2	43	20	21	0	0
UMF 3	15	24	25	23	24
UMF 5	0	0	10	10	14
UMF 6	5	4	11	6	6
UMF 11	0	1	8	0	0
UMF 14	5	5	11	7	0
UMF 16	11	0	22	24	2
UMF17	0	0	8	10	18
UMF 20	5	11	18	23	0
UMF23	11	19	24	19	18
UMF 33	0	0	21	25	25
UMF 34	29	25	16	24	20
UMF35	0	0	1	0	0
UMF 36	64	17	29	35	4
UMF 37	0	0	7	0	0
UMF 40	0	0	3	9	0
UMF 41	2	0	7	16	15
UMF 44	12	0	0	0	0
UMF 49	30	6	6	0	0
UMF 94	14	21	23	24	20
UMF 120	17	11	22	19	26
HGO/UMF 13	0	0	14	12	30
HGO TLAT	0	21	14	0	0
HGP 3A	16	16	17	12	8
HGZ 24	30	23	20	14	4
HGR 25	63	50	54	58	58
HGZ 27	0	3	5	7	0
HGZ 29	30	1	12	12	13
RAM Graves	2	0	0	1	0
Ram No./G	400	278	429	389	305
Total	402	278	429	390	305

Archivo del Centro Delegacional de Farmacovigilancia, 2008–2012.

demiólogos y personal administrativo en el análisis de las reacciones adversas y veracidad de la información. Se requiere el alcance de consensos y acuerdos entre los integrantes en la comunicación asertiva a la comunidad médica sobre las medidas de control en la prescripción, dispensación, preparación, administración y uso de los medicamentos por parte del derechohabiente.

Un gran apoyo para la jefatura de Prestaciones Médicas de la Delegación Norte del Distrito Federal y el Centro Delegacional de Farmacovigilancia implica contar en las instalaciones de la delegación con la Coordinación de Control Técnico de Insumos (COCTI), creada en 1980 para el control de calidad de insumos, única en toda Latinoamérica. Actualmente se realiza el análisis de calidad de los

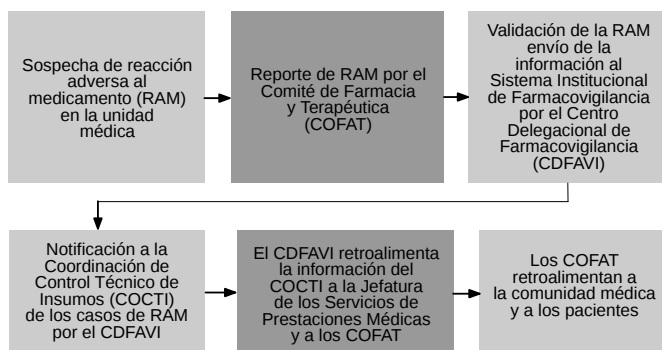


Figura 12-4. Procesos de gestión de riesgo de reacción adversa a medicamento.

medicamentos, dispositivos médicos y recursos físicos. Cabe mencionar que en 2012 fue avalada y certificada por la COFEPRIS como centro de evaluación de calidad nacional de control técnico de insumos. Realiza análisis químico, bacteriológico y problemas físicos relacionados con los medicamentos, dispositivos médicos, material de curación, ropa, etc. Con este referente, y para establecer acciones en la gestión de riesgos de RAM de seguimiento, comunicación y retroalimentación para su prevención, se estableció un proceso de gestión (figura 12-4).

Con el análisis y gestión de riesgos la jefatura de los Servicios de Prestaciones Médicas y el Centro Delegacional de Farmacovigilancia instituyeron recomendaciones en la detección, análisis y prevención de reacciones adversas a la medicación.

Para el paciente:

- Cumplir con el tratamiento prescrito.
- Notificar las reacciones adversas al personal de salud.
- Informar y portar un señalamiento de que es susceptible de reacción adversa a un medicamento determinado.

Para el personal de salud:

- Brindar educación a los pacientes.
- Tener una comunicación asertiva con los pacientes sobre los probables eventos adversos a la medicación.
- Mantenerse informado sobre los datos de seguridad relativos a los medicamentos que habitualmente prescribe, dispensa y administra.

- Recibir, valorar y procesar la información de las notificaciones de reacciones adversas por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica de su unidad médica.
- Cooperar en forma espontánea y activa sobre la notificación de sospecha de reacción adversa a la medicación.
- Prevenir errores sobre acontecimientos adversos por medicación.

Para el Comité Local de Farmacia y Terapéutica:

- Promover una cultura de reporte espontánea y activa de sospecha de reacción adversa a la medicación.
- Análisis de los casos sospechosos con el personal médico involucrado, con apoyo del epidemiólogo de la unidad, enfermería, nutrición, estomatólogo, trabajo social, personal de archivo e informática médica, y validación de la información por parte del director de la unidad.
- Participación en el análisis y discusión de los casos de su unidad con el Centro Delegacional de Farmacovigilancia.
- Retroalimentar a la unidad sobre los resultados del reporte de las reacciones adversas y a petición de los profesionales de salud.
- Implementar y difundir medidas de prevención específicas por medio de sesiones generales, trípticos, entrevista individualizada con el personal asociado en la medicación o uso de dispositivos médicos.
- Mantener la confidencialidad de los datos personales del paciente y del notificador.
- Apoyarse en la medicina basada en pruebas para el análisis de los medicamentos asociados a reacciones adversas.
- Proponer y desarrollar estudios de farmacoepidemiología en su unidad médica para evaluar el perfil de seguridad de los medicamentos.
- Dar respuesta en tiempo y forma de la información de reacciones adversas a profesionales y autoridades sanitarias.
- Evaluar la relación de causalidad y tomar decisiones sobre el medicamento en su unidad médica.
- Promover y participar en la formación del personal de salud en materia de farmacovigilancia y farmacoepidemiología de su unidad médica.
- Involucrar como monitores en la detección y sospecha de reacción adversa a personal en formación: médicos, enfermeras, estomatólogos, nutricionistas y trabajo social.
- Reporte de los eventos temporales asociados a vacunación.

Para el Centro Delegacional de Farmacovigilancia:

- Hacer sesiones mensuales para el análisis conjunto con los integrantes de los comités de farmacia y terapéutica de las unidades.

- Ajustarse a los lineamientos de la Coordinación Institucional de Farmacovigilancia.
- Recibir, evaluar, codificar y cargar en la plataforma electrónica de la Coordinación Institucional de Farmacovigilancia las notificaciones recibidas.
- Vigilar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos del paciente durante el proceso de transferencia de datos.
- Notificar sobre las reacciones adversas a la medicación a la Coordinación de Control Técnico de Insumos y brindar los resultados a la jefatura de Prestaciones Médicas y los comités de farmacia y terapéutica, que a su vez los transmitirán a la comunidad médica y los pacientes.
- Continuar con el Modelo de resultados y gestión de riesgos que asegure la calidad de buenas prácticas de farmacovigilancia.
- Coordinar y complementar estudios de investigación en farmacovigilancia bajo un enfoque clínico y epidemiológico.
- Emisión trimestral de un boletín informativo sobre las epidemiologías de la RAM y las sugerencias encaminadas a su prevención.
- Generar una cultura del reporte de reacciones adversas a la medicación.
- Consolidar que el reporte de RAM no es de carácter disciplinario.

REFERENCIAS

1. Buenas Prácticas de Farmacovigilancia para las Américas. Organización Panamericana para la Salud, 2010.
2. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación* 7 de febrero de 1984. Reformas y adiciones hasta el 19 de enero de 2004.
3. **Rodríguez BJL, García VJL, Giral BC, Hernández SD, Jasso G:** Farmacovigilancia I. El inicio. *Rev Med IMSS* 2004;42(4):327–329.
4. Lineamiento Normativo General para el Sistema Institucional de Farmacovigilancia (SIFA-VI) 1997. Actualización en 2000.
5. Hernández SD, Rodríguez BJL, Jasso GL: Farmacovigilancia IV. La experiencia institucional. *Rev Med IMSS* 2005;43(3):257–266.
6. **Laporte JR:** Farmacovigilancia orientada a los pacientes: reflexiones de treinta años de experiencia. En: Manso G, Hidalgo A, Carvajal A *et al.*: Los primeros 25 años del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano. España, Ediciones Universidad de Oviedo, 2010.
7. **Giménez CJ, Herrera CJ:** Errores de medicación. Concepto y evolución. *Farmacia Profesional* 2004;18(9):44–50.
8. World Alliance for Patient Safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems? From information to action. Ginebra, World Health Organization, 2005.
9. **Gómez OLM, Amaya CA:** Generalidades de la farmacovigilancia. *Informe* 2005;4. <http://www.informate.org.mx/.PDF2/N%C3%BAmero%204%20Nov-Dic%202005%20%C3%91%201.pdf>.
10. World Health Organization: The safety of medicines in public health programmes. Pharmacovigilance: an essential tool. Ginebra, World Health Organization, 2006.

11. Organización Mundial de la Salud: La farmacovigilancia: garantía de seguridad en el uso de los medicamentos. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. 2004;9.
12. Organización Mundial de la Salud: Aide memoire. Por una estrategia nacional que garantice medicamentos seguros y su uso apropiado. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
13. Reglamento de insumos para la salud. México, *DOF* 4 de febrero de 1988. Reforma del 19 de septiembre de 2003.
14. Norma que establece las disposiciones para la operación del sistema institucional de farmacovigilancia y la vigilancia de insumos para la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Septiembre de 2003.
15. Norma que establece las disposiciones para la operación del sistema institucional de farmacovigilancia y la vigilancia de insumos para la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Octubre de 2006.
16. **Hughes ML, Whittlesea CMC, Luscombe DK:** Review of national spontaneous reporting schemes: strengths and weaknesses. *Adverse Drug React Toxicol Rev* 2002;21(4):231–241.
17. World Health Organization: Pharmacovigilance for antiretrovirals in resource poor countries. Ginebra, WHO, 2007. WHO/PSM/QSM/2007.3.
18. **Otero LMJ, Codina JC, Tamés AMJ, Pérez EM:** Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. En representación del grupo de trabajo Ruiz Jarabo 2000. *Farm Hosp (Madrid)* 2003;27(3):137–149.
19. **Chaudoir RS, Dugan GA, Barr CHI:** Measuring factors affecting implementation of health innovation: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science* 2013;8:22.
20. **Jimeno FJ, Salgueiro E, González V, Manso G:** Relevancia clínica de las notificaciones de reacciones adversas de atención primaria recibidas en el centro de farmacovigilancia de Asturias. *Sumergen* 2010;36829:63–68.
21. **Baena DJM:** Obstáculos para la notificación desde la asistencia primaria. V Jornadas de Farmacovigilancia. Vigésimo Aniversario del Sistema Español de Farmacovigilancia. Barcelona, 2004.
22. **Rascón SR, Sabido SAS, Márquez CFG, Soler HE:** Programa de farmacovigilancia en atención primaria: experiencia en una clínica de Veracruz, México. *Arch Med Fam* 2007; 9(2):92–30.

Higiene de manos: elemento imprescindible en la seguridad y calidad de la atención médica

*Oscar Arturo Martínez Rodríguez, Samuel Alejandro Liévano Torres,
José Antonio Quintana Sánchez, Susana Piña Cancino*

Los microorganismos causantes de diversas enfermedades que afectan a los seres humanos son transportados comúnmente en las manos. El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transmisión de microorganismos y evitar las infecciones, tanto en el ámbito laboral como en el hogar. En el sector de la salud, la higiene de manos es la medida primordial que reduce significativamente la transferencia de microorganismos patógenos causantes de infección.¹

El concepto de higiene de manos surgió en 1822, cuando Joseph Lister demostró que las soluciones cloradas erradicaban la totalidad de los olores asociados con los cuerpos. En 1843 Oliver Wendell identificó² que la causa de la fiebre puerperal se transmitía de una paciente a otra por medio de los médicos y enfermeras que las atendían; la ausencia del lavado de manos era el problema. Más adelante, en 1847, Ignaz Semmelweis³ observó que las muertes a causa de fiebre puerperal eran menores en las parturientas atendidas por parteras, que aquellas asistidas por médicos y practicantes. Al analizar las diferencias entre las prácticas de uno y otro grupo se encontró que las parteras se lavaban las manos antes de atender a las mujeres. Semmelweis^{3,4} impuso el lavado de manos como práctica sanitaria obligatoria y demostró el gran impacto de esta simple medida al disminuir ostensiblemente la mortalidad materna. A pesar de este asombroso resultado, fue expulsado del hospital por sus superiores, quienes creían que las enfermedades se transmitían por los miasmas del aire.¹

La transmisión de patógenos asociada al entorno sanitario de un paciente a otro a través de las manos del personal sanitario requiere la siguiente secuencia:⁵

1. Los organismos presentes en la piel de las pacientes o que se han desprendido sobre objetos inanimados, muy cercanos al paciente pueden ser adquiridos por las manos del personal sanitario. Estos organismos deben ser capaces de sobrevivir al menos varios minutos en las manos del personal.
2. Después del lavado de manos o antisepsia del personal de salud, es decir, si la técnica de higiene de manos se realiza de manera inapropiada, se omite o se usa un agente antiséptico inadecuado.
3. Las manos contaminadas del personal sanitario pueden transmitir microorganismos patógenos a otros pacientes o a otro personal de salud, y producir infección.

La función primaria de la piel es reducir la pérdida de agua, proporcionar protección contra la acción abrasiva de los microorganismos y actuar como barrera de permeabilidad con el entorno. La estructura básica es la epidermis, que consta de una capa córnea, y la hipodermis, que es la barrera de absorción percutánea.

La piel humana está colonizada por bacterias; en las manos se clasifica como flora transitoria y flora residente. La primera coloniza las capas superficiales de la piel, es más propensa a desaparecer con el lavado habitual y lo adquiere a menudo el personal sanitario durante el contacto directo con pacientes, o al estar en contacto con superficies ambientales contaminadas en el entorno del paciente; estos microorganismos se asocian con infecciones relacionadas con la atención médica. La segunda, la flora residente, se adhiere a capas más profundas de la piel, es más resistente y difícil de eliminar, y se asocia con menor probabilidad a las infecciones nosocomiales (IN); las manos del personal médico pueden estar permanentemente colonizadas con flora patógena.

Los microorganismos relacionados con el entorno sanitario no sólo pueden provenir de una herida infectada, sino de áreas colonizadas de piel normal e intactas del paciente; usualmente las áreas del perineo, las ingles, las axilas, el tronco y las extremidades superiores son las más colonizadas.

El número de microorganismos presentes en áreas intactas de la piel de los pacientes puede variar en los pacientes diabéticos, sometidos a diálisis o con dermatitis crónica, ya que son más propensos a tener áreas de piel intacta colonizada. En la piel normal se desprenden 10^6 escamas de piel que contienen microorganismos variables; las batas de los pacientes, la ropa de cama, muebles cercanos a la cama y otros objetos en el ambiente inmediato del paciente pueden contaminarse fácilmente con la flora del paciente.

El personal de enfermería puede contaminarse las manos durante actividades limpias, como tomar pulso, la presión sanguínea y la temperatura, o al tocar al paciente; se ha demostrado la contaminación de las manos del personal de la salud en actividades de atención de líneas vasculares, tracto respiratorio y manipulación de secreciones, ya que el contacto directo con el paciente y sus secreciones

son las fuentes más probables de contaminación asociada a las actividades de atención y contaminación de las manos del personal sanitario.¹

La higiene de manos es la medida básica más importante y más simple para prevenir las IN, por lo que debe ser un procedimiento de rutina en el trabajo día a día de todo el equipo multidisciplinario de salud; al responsable de cada servicio le corresponde la supervisión de su cumplimiento.

La inequidad en materia de atención médica entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados está relacionada con el exceso de pacientes en los servicios de salud, la falta de personal y el uso incorrecto de la tecnología médica, lo que favorece el incremento de infecciones relacionadas con el proceso asistencial, como lo han demostrado diversos estudios a nivel internacional. En algunos países en vías de desarrollo se observa un mayor impacto en los grupos poblacionales vulnerables, como en los recién nacidos, en quienes la incidencia de infecciones relacionadas a dispositivos vasculares oscila entre 3 y 20 veces más que en los países en desarrollo; por ejemplo, en Brasil e Indonesia la mitad de los niños ingresados a unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) contraen infección nosocomial con una tasa de mortalidad que va de 12 a 52%, mientras que en los países desarrollados la letalidad es 12 veces menor.

Los costos de las infecciones relacionadas con la atención médica varían considerablemente según el país. Por ejemplo, en Trinidad y Tobago representa 5% del presupuesto anual de un hospital nacional, mientras que en Tailandia se reporta que algunos hospitales gastan 10% de su presupuesto anual en el tratamiento de las infecciones. En México se estima que estos costos constituyen 70% del presupuesto del sector salud.⁵

Luego de más de un siglo y medio el lavado de manos es considerado la piedra angular en la prevención de las infecciones hospitalarias, así como en el ambiente cotidiano del ser humano. No obstante, aunque se trata de una acción sencilla, su incumplimiento entre el equipo multidisciplinario de salud constituye un problema mundial, debido a que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo; provocando afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas y discapacidades de larga duración, lo cual representa un alto costo imprevisto para los pacientes y sus familias, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario y una elevada mortalidad.⁶

Es importante señalar que en materia de seguridad del paciente existen grandes e injustas desigualdades entre los países, ya que el grado de desarrollo y recursos disponibles no son los únicos factores decisivos para el éxito. Sin embargo, tanto en países industrializados como en subdesarrollo se han reportado mejoras que son referencias de enseñanza en materia de seguridad de los pacientes.

En octubre de 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, dio a conocer el primer reto

mundial: una atención limpia es una atención más segura, proponiendo una técnica de higiene de manos en cinco momentos esenciales. Dicho reto centra su atención en mejorar las normas y prácticas de higiene de las manos, promoviendo que se involucren los pacientes, los usuarios, los familiares y los prestadores de atención médica, bajo la premisa de evitar infecciones a través de la higiene de manos, la cual no es una opción, sino un derecho básico de los pacientes a una atención de calidad.⁷

En agosto de 2010 se publicó la Instrucción 233/2010 (SICALIDAD) para el apego a la campaña sectorial *Está en tus manos*, estableciendo la metodología que se adoptará en las unidades hospitalarias del Sector Salud, incorporando las propuestas de trabajo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. De la instrucción se desprenden los siguientes compromisos y acuerdos: se reitera la adhesión a la campaña *Está en tus manos*, compromiso directivo de las unidades médicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención médica y difusión de los resultados de acciones de mejora para el fortalecimiento de esta campaña; la creación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente para la difusión de la higiene de manos en los cinco momentos establecidos por la OMS —las áreas administrativas de los establecimientos de salud deberán fortalecer la infraestructura para favorecer el cumplimiento de esta campaña y asegurar el abasto continuo y suficiente de los insumos para la higiene de manos, así como el muestreo bacteriológico correspondiente a los encargados de la manipulación y preparación de alimentos—; y establecer un programa de monitoreo y supervisión para que el personal cumpla con técnica correcta de higiene de manos, en especial el personal médico.^{8,9}

Los objetivos generales de la higiene de manos son:

1. Eliminar la flora microbiana transitoria de la piel y disminuir la flora normal.
2. Prevenir la diseminación de microorganismos a través de las manos.

La higiene de manos se puede efectuar mediante dos procedimientos, la higiene de manos con agua y jabón, y la higiene de manos con gel.

Los tipos de higiene de manos incluyen las áreas doméstica o administrativa, la clínico —que se realiza en los cinco momentos—, y la quirúrgica, que se realiza antes de un procedimiento que involucre la manipulación de material estéril que penetre en los tejidos, el sistema vascular y las cavidades habitualmente estériles.

Los factores que favorecen el incumplimiento a la higiene de manos son:¹

- Productos para higiene de manos que causan irritación y resequedad.
- Lavabos escasos o mal situados.
- Falta de insumos, como toallas, jabón y alcohol en gel.
- Desconocimiento de las políticas y lineamientos para la higiene de manos.

- Escepticismo respecto a la utilidad de la higiene de manos
- Falta de información científica acerca del impacto real de una mejor higiene de manos en la incidencia de las infecciones relacionadas con la atención médica.
- La nula participación en el fomento de la higiene de manos a nivel individual e institucional.
- Ausencia de modelos adecuados a cada unidad médica.
- Sanciones administrativas a los incumplidos y de recompensa a los que cumplen adecuadamente con la técnica de higiene de manos.
- Ausencia de visión en la seguridad de atención institucional.

La necesidad de realizar la higiene de manos está estrechamente ligada a las actividades de los profesionales sanitarios en el espacio físico que rodea a cada paciente. La OMS ha desarrollado cinco momentos clave para la higiene de manos en el entorno hospitalario; este modelo se establece en los contactos que ocurren en el entorno del paciente durante su atención. El entorno se refiere a la zona del paciente que incluye a éste y algunas superficies u objetos destinados para su atención en forma temporal y exclusiva (barandales, mesa de noche, ropa de cama, tubos de infusión, equipo médico, etc.). El modelo no se limita a pacientes postrados en cama; se aplica a los pacientes que deambulan y que acuden a otras áreas a recibir atención complementaria; también aplica en situaciones que definen una zona temporal del paciente, por lo que pueden variar en función del entorno, la duración de la estancia y el tipo de asistencia prestada. El entorno del paciente está contaminado por su propia flora, por lo que cualquier objeto que vaya a ser utilizado debe ser descontaminado previamente al acceder y abandonar su entorno, objetos que no se destinan a la asistencia y que se trasladan con frecuencia al área de asistencia sanitaria no se deben considerar nunca como entorno del paciente (papel, gráficas, lápiz, notas expediente); sin embargo, las pertenencias personales se consideran parte de su zona. Por otra parte, los objetos y superficies expuestas temporalmente al paciente, como son el cuarto de baño, la mesa de fisioterapia o el equipo de radiología deben ser descontaminados al salir el paciente.⁸

El área asistencial hace referencia a las superficies del espacio en las que se desarrolla la atención fuera de la zona del paciente, es decir, otros pacientes y sus respectivas zonas. El área de atención se caracteriza por la presencia de diversos y numerosos microorganismos, incluidos los multirresistentes;⁷ por ello es tan importante la higiene de manos después de la revisión de cada paciente y al contacto con su entorno.

La modalidad en la transmisión de gérmenes puede variar en función de la asistencia médica. Por tal motivo, todo el personal involucrado en la prestación de servicios tiene la responsabilidad de evitar la transmisión microbiana por con-

tacto directo o indirecto. De manera que la higiene de manos es la medida básica, más importante y más simple para prevenir las IN.

La actividad asistencial es una sucesión de tareas durante las cuales las manos de los profesionales de la salud tocan distintos tipos de superficies (manos de pacientes, mucosas, líneas vasculares, mesa de alimentos, instrumental médico, residuos, comida, orina, etc.); cada contacto puede ser una fuente potencial de contaminación por las manos del personal de salud.⁷

Dos de los cinco momentos para la higiene de las manos se producen antes del contacto con el paciente, los otros tres se producen después del contacto con el paciente o con fluidos corporales; los momentos anteriores señalan la necesidad de prevenir el riesgo de transmisión microbiana al paciente, mientras que los momentos posteriores previenen el riesgo de transmisión microbiana al profesional sanitario.

El uso de guantes no modifica ni sustituye la realización de higiene de manos. Cuando una indicación de higiene de manos sigue a una tarea que implica contacto y requiere el uso de guantes se debe realizar la higiene de manos antes de ponérselos y después de quitárselos, en caso de cambio de guantes se deberá realizar la higiene de manos entre un cambio y otro.⁷

METODOLOGÍA PARA FORTALECER EL APEGO A LA HIGIENE DE MANOS

Con el fin de adherirse a la campaña de higiene de manos y con el objetivo de salvaguardar la seguridad de los pacientes durante su atención, la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Ginecoobstetricia No. 4 diseñó una serie de estrategias para asegurar el apego a la campaña en los cinco momentos mencionados. Entre ellas destacan:

1. Difusión a la totalidad del personal sobre la importancia que tiene la correcta higiene de manos en sus cinco momentos para la prevención de IN.
2. Estandarización de la técnica de higiene de manos en personal, pacientes, familiares y visitantes de la unidad.
3. Capacitación al personal en cuanto a la técnica adecuada en los cinco momentos y en el uso de soluciones alcoholadas.
4. Ejecución de la técnica de higiene de manos en los cinco momentos por parte del equipo multidisciplinario de salud.
5. Aseguramiento del abasto continuo de insumos (sanitas o toallas de papel, jabón líquido, alcohol en gel), así como infraestructura adecuada, funcional y suficiente.

6. Abastecimiento continuo y seguro de agua.
7. Supervisión, evaluación, análisis y mejora de los resultados de los estudios de sombra de la higiene de manos (semanal por parte de la unidad de vigilancia epidemiológica, los jefes enfermería de piso y los jefes de servicio) aplicados en todos los servicios.
8. Realimentación *in situ* y en las sesiones mensuales del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) sobre los avances de la campaña y ajustes en las acciones de mejora.

PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

La autoevaluación¹¹ de la higiene de manos es un instrumento sistemático que explora el conocimiento sobre el motivo y fin de la higiene de las manos; permite obtener un análisis de la situación en la práctica de este proceso en la UMAE. Su finalidad es motivar la reflexión sobre los recursos y logros que se están alcanzando; es también un instrumento de diagnóstico que permite identificar áreas de oportunidad para una mejora continua en la seguridad de la atención.

Los usuarios del proceso de autoevaluación son los responsables de cada área para aplicar estrategias de mejora en la higiene de manos, como son jefes de servicio, jefes de enfermeras de piso, supervisoras de enfermería, jefes y oficiales de servicios básicos, ropería, jefes de trabajo social, enfermera especialista en salud pública y epidemiólogo de la unidad.

De acuerdo con los lineamientos de la OMS,¹² el marco para la autoevaluación en cuanto a higiene de manos descrita consta de cinco componentes y 27 indicadores, basados en las evidencias y consenso de expertos. Dichos lineamientos se han seguido en la UMAE, de acuerdo con los cuatro niveles de clasificación de cumplimiento –inadecuado, básico, intermedio y avanzado. La UMAE se encuentra en esta última categoría por haber mejorado el apego a la higiene de manos así como su promoción en el último año.

Higiene de manos como buena práctica de calidad y seguridad en la atención médica del Hospital de Ginecoobstetricia No. 4

Las herramientas que utiliza esta UMAE para medir, evaluar y fortalecer el cumplimiento del apego de higiene de manos incluyen los estudios de sombra¹³ para la evaluación del apego a la higiene de manos en sus cinco momentos; la aplicación de cuestionarios a pacientes, familiares y trabajadores del IMSS (guía de su-

pervisión y evaluación del apego al programa *Está en tus manos*); y la vigilancia del abasto de insumos solicitados y suministrados (jabón, toallitas, alcohol gel) continuo y permanente. Con estas acciones se logró que la higiene de manos se elevara de 36.84% en 2011 a 81.57% en 2012.

La planeación en la UMAE para lograr estos resultados comprendió las siguientes fases:

Fase I: difusión y estandarización del programa

La difusión del programa de acción permite involucrar a todo el equipo multidisciplinario de salud, pacientes y familiares para que estén informados y participen con la práctica de higiene de manos, conozcan del porqué, dónde, cuándo, quién y cómo realizarla. Los medios usados para la difusión consisten en carteles, trípticos, memorandos, presentaciones, videos al inicio o término de sesiones, e intervenciones en sesiones grupales para todos los turnos y de forma permanente para el personal, los pacientes y los familiares. Asimismo, la información se da a conocer en reuniones grupales en aulas en las dinámicas grupales (grupo de embarazadas con diabetes, grupo de madres con hijos pretérmino, grupo de madre con hijos en terapia intensiva, pláticas de lactancia materna, salud reproductiva, etc.), en los cursos de inducción para trabajadores del IMSS —se realizó sensibilización y la descripción de cada uno de los pasos a seguir con entrega de información—, en las reuniones de servicio se solicitó a los jefes de área la difusión al personal a su cargo y en las áreas de acceso de personal se colocó alcohol en gel y carteles alusivos; de igual forma, se entregan de manera permanente dípticos y trípticos referentes a la técnica de higiene de manos y los cinco momentos.

El aseguramiento de la estandarización de la técnica se realizó con talleres de dominio de la técnica de higiene de manos y cinco momentos, impartidos por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica (UVE) a la totalidad del personal de todos los turnos y áreas de atención.

Fase II: capacitación, ejecución de la técnica y aseguramiento del abasto de insumos y agua segura

El personal de nuevo ingreso es capacitado en el curso de inducción al área y puesto utilizando dinámicas grupales y la implementación de la “caja negra”, que permite fortalecer las áreas de mayor riesgo para infecciones nosocomiales. La capacitación a pacientes, familiares y trabajadores es la piedra angular de todos los programas.

El jefe de servicio, el jefe de enfermeras, el epidemiólogo, la enfermera de salud pública, la licenciada en calidad, la trabajadora social, la asistente médica, etc., son los líderes para sensibilizar y motivar al capacitado para cooperar y des-

arrollar conciencia de la importancia de la higiene de manos como una práctica segura para él, como trabajador de la salud, así como para el paciente y su familia, además de que con ello eleva la calidad de la salud. El personal de la UVE asesora e imparte talleres de manera permanente a los jefes de servicio, las supervisoras de enfermería y los jefes de piso para que realicen estudios de sombra de higiene de manos y a su vez capaciten al personal cuando se requiera o programe. La capacitación se imparte en aulas, auditorios, salas de juntas o en espacios abiertos, como consulta externa, o de manera individual al ingreso de los pacientes en admisión. Por otro lado, independiente de los talleres descritos, se realiza una programación de capacitación en higiene de manos, la cual se enfatiza en situaciones emergentes ante la sospecha de brotes o en áreas físicas de contingencia (remodelación).

La capacitación con metodología demostrativa del procedimiento de higiene de manos en un lavabo o un contenedor con alcohol en gel genera un estímulo para el capacitado, disminuye el estrés y mejora el vínculo y la comunicación entre el capacitador y el receptor, lo que incrementa el éxito de la técnica. La “caja negra” es un método de capacitación que consiste en el uso de alcohol en gel con un medio de contraste y una lámpara de luz negra para evaluar la eficiencia de la higiene de manos; es utilizada en los trabajadores de nuevo ingreso y en los diferentes servicios en el personal operativo. El impacto de esta técnica permite concientizar la importancia de la correcta técnica de la higiene de manos en el personal multidisciplinario de salud. La evidencia del resultado de la capacitación se integra al expediente laboral del personal.

Con respecto a los pacientes y familiares, los servicios a cargo de la capacitación son trabajo social y enfermería en forma grupal o individual; a su ingreso por admisión continua o en hospitalización se enfatiza al paciente con mayor riesgo de contraer IN. El personal de enfermería puntualiza sobre el objetivo de la higiene de manos en el momento de su atención médica cotidiana, reforzando la acción iniciada por el personal de trabajo social.

La supervisión de abasto de insumos y agua segura se realiza semanalmente. Para asegurar el abasto adecuado se considera tanto la dotación fija como el histórico del consumo semanal, que incluye la distribución diaria en las diferentes áreas y turnos. El agua segura se garantiza con los controles bacteriológicos y medición del pH y cloración, en agua de cisternas y tomas periféricas en áreas de riesgo, como son cocinas, terapia intensiva y quirófano, entre otros.

Fase III: supervisión

Es la etapa de mayor vigilancia y puede ser tan general o detallada como se requiera. Incluye la verificación del abasto de insumos solicitados y suministrados (jabón, toallitas, alcohol en gel), mediante su existencia y consumo según lo re-

portado en los informes semanales del almacén de la unidad, lo que permite un suministro seguro de los insumos por parte del Departamento de Servicios Básicos para su correcta distribución. En caso requerir mayor cantidad de insumos se gestiona su adquisición por medio del Departamento de Abasto. Esta supervisión es clave para el éxito de las acciones en la implementación de la higiene de manos, ya que cimienta el éxito o fracaso de las demás acciones en el control de las infecciones nosocomiales.

Supervisión del Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales

En los recorridos semanales de este Comité, órgano rector del control de infecciones, se incluye a la supervisora de enfermeras, el jefe de conservación, el jefe de servicio, la jefe de piso de enfermería, el jefe de servicios u oficiales del área, la trabajadora social, la epidemióloga y la enfermera especialista en salud pública; se verifica la existencia y disponibilidad de insumos; se supervisa en el personal la ausencia de anillos y alhajas, que las uñas estén cortas y sin esmalte para garantizar manos seguras; y además se realiza al azar una pequeña entrevista con los pacientes y familiares para conocer si su médico y enfermera realizó lavado de manos durante su atención y si han recibido información sobre la higiene de manos como medida para prevenir infecciones nosocomiales y qué personal lo otorgó, así como si el familiar al ingresar y al salir de la visita realiza el lavado de manos. La información obtenida se cruza en el expediente clínico con la nota de trabajo social, los informes con listados de capacitación de trabajo social (capacitador de pacientes y familiares) y los listados de la jefe de enfermeras y médicos referentes a la capacitación del personal a su cargo. Posteriormente se realizan las observaciones correspondientes en cada servicio.

Verificación por parte de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica

La distribución diaria de jabón, toallitas y alcohol en gel, y la periodicidad de consumo es vigilada por la UVE (estructura operativa del CODECIN), lo cual permite por lo menos 85% de abasto de insumos al inicio de la jornada, coordinado con la jefatura de servicios básicos para completar las dotaciones durante la jornada, asegurando siempre la existencia de insumos. La enfermera especialista en salud pública y la Jefe de piso de enfermería realizan un recorrido específico semanal en las áreas de hospitalización, específicamente para verificar el mantenimiento a los despachadores y su funcionamiento óptimo, esta acción facilita la comuni-

cación de cada uno de los servicios con mantenimiento, servicios básicos y abastecimiento para dar respuesta inmediata a las necesidades encontradas.

Verificación por parte de los jefes de servicio

Los jefes de servicio, de piso en enfermería, de nutrición y de dietética realizan supervisión semanal de sus áreas con carácter; de acuerdo con el formato de higiene de manos se entrega a la División de Epidemiología (área líder en el control de infecciones) para su análisis; los registros se comparan con los estudios de sombra semanales realizados por la UVE evitando sesgos y error en la evaluación. La evaluación cuatrimestral de los estudios de sombra y sus resultados se difunden a todos los turnos, jefes de piso y supervisoras de enfermería, quienes reciben capacitación y apoyo de la UVE para esta actividad. El formato de evaluación de los cinco momentos se utilizó en la UMAE desde 2011 revelando un apego de 36.84% a la higiene de manos; como resultado de las acciones descritas en 2012 se alcanzó el apego en 81.57%, es decir, se incrementó más de 44 unidades porcentuales.

Supervisión por parte de los jefes de servicio

En la verificación de la ejecución de la higiene de manos en el personal con la herramienta del estudio de sombra la mejor práctica es que la realice el jefe de servicio médico o la jefa de piso de enfermería para conocer semanalmente el cumplimiento de la higiene de manos en los cinco momentos por parte de su personal y realizar las correcciones inmediatas; las observaciones se comparan con los estudios de sombra realizados por la UVE a fin de disminuir el sesgo intraobservador y mejorar la calidad de medición del personal a su cargo.

Fase IV: evaluación y retroalimentación (mejora continua)

La evaluación la realiza la división de epidemiología; recopila todos los estudios, los captura en una base de datos, los analiza y emite resultados al CODECIN y retroalimenta al personal de los diferentes servicios semanalmente; en el momento de realizar la medición mensualmente en sesión del CODECIN se enfatiza el análisis por servicio, categoría, turno y el global de la unidad. La efectividad y permanencia del programa, así como su mejora continua dependen de la continuidad de capacitación, supervisión y retroalimentación, por lo que asegura mediante jefes de servicio, enfermeras jefes de piso y personal de enfermería de la UVE el cumplimiento permanente de estudios de sombra semanales, el cumpli-

miento de los recorridos y las supervisiones calendarizadas, así como el aseguramiento y verificación semanal de existencias en el abasto de insumos y su efectividad en el consumo.

De no ser una actividad consistente, continua y permanente la efectividad de la higiene de manos tendrá pocos resultados en una atención médica segura y de calidad.

Finalmente, el compromiso de todo el personal y el CODECIN en el control de las infecciones nosocomiales se ha visto recompensado con el incremento de más de 44 puntos porcentuales, que implica un aumento mayor de 220% en el apego a la higiene de manos en los cinco momentos en un lapso menor de un año. Este resultado exitoso se debe a:

1. Haber logrado que el personal se haya sensibilizado en la importancia de su trabajo en el control de infecciones, a través de la capacitación iniciando en el curso de inducción y cotidianamente en el sitio donde labora y no en el aula, así como hacer centro de su quehacer al paciente y su familia. Esto superó la principal barrera del cambio de cultura sobre las repercusiones del no cumplimiento de la higiene de manos, comprometiendo todas las áreas, como nutrición y dietética, trabajo social y asistencia médicas en la capacitación y orientación del paciente y su familia.
2. Asegurar la disposición permanente de insumos en los servicios de atención en los diferentes horarios durante todo el año. Esto implica haber modificado las dotaciones a necesidades reales y no históricas, garantizar el funcionamiento de dispensadores ante el trabajo rudo y la corrosión, haber gestionado personal para la correcta y puntual distribución de los insumos, garantizando siempre su disposición en el momento de uso. Para alcanzar este objetivo fue trascendente el compromiso del Departamento de Abasto para garantizar la calidad de insumos (jabón, alcohol gel, sanitas) y materiales (dispensadores), ofreciendo al personal insumos no irritativos y materiales siempre funcionales.
3. Consolidar al CODECIN como un comité operativo generador de instrucciones acatadas por todo el equipo multidisciplinario, cuerpo de gobierno y delegación sindical de la unidad, lo que mejora la comunicación entre las diferentes áreas y favorece un clima laboral cooperativo.
4. Asegurar la supervisión permanente y efectiva de todos los mandos medios y superiores de la Unidad con realimentación a las áreas para favorecer la mejora.

En pocas palabras, la prevención y el control de infecciones nosocomiales no requieren equipos sofisticados ni caros, no requieren grandes cursos teóricos o técnicos ni tampoco personal con gran desarrollo académico; requiere solamente un liderazgo efectivo que conduzca a todo el personal para incorporar en su activi-

dad cotidiana la actitud de servicio al paciente, responsabilidad profesional y social, así como creer que siempre es posible mejorar.

REFERENCIAS

1. **Boyce JM, Pittet D**, National Center for Infectious Diseases: Guía para la higiene de manos en centros sanitarios. Recomendaciones del Comité Asesor de Protocolos de Control de la Infección Sanitaria (HIPAC) y de la División de la Labor de Higiene de Manos del HICPAC/SHA/APIC/IDSA.
2. **Londoño A, Murillas M**: Eficiencia de la higiene de manos con un preparado de base alcohólica vs. lavado de manos con agua y jabón. *Acta Méd Colombiana* 2011;36(4):181–186.
3. **Miranda M, Navarrete L**: Semmelweis y su aporte científico a la medicina: un lavado de manos salva vidas. *Rev Chil Infect* 2008;25(1):54–57.
4. **Gee RE, Winkler R**: Quality measurement. What it means for obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;121(3):507–510.
5. Organización Mundial de la Salud: Alianza mundial para la seguridad del paciente directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen unas manos limpias son manos más seguras. WHO/EIP/SPO/QPS/05.2, 2005.
6. Organización Mundial de la Salud: Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud: Guide to implementation. A Guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy, 2009WHO/IER/PSP/2009.02, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
8. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud: Cédula de gestión de riesgo para la prevención y reducción de la infección nosocomial (pin.002). PREREIN.
9. Dirección General Adjunta de Calidad en Salud y Dirección General de Calidad y Educación en Salud: Instrucción 233/2010.
10. Organización Mundial de la Salud: Plan de acción para mejorar la higiene de las manos Modelo de plan de acción para centros con resultados intermedios en el Marco OMS de autoevaluación. http://www.who.int/gpsc/5may/PSP_GPSC1_APIntermediosWeb_Mar-2012_SP.pdf.
11. Organización Mundial de la Salud: Plan de acción para mejorar la higiene de las manos Modelo de plan de acción para centros con resultados avanzados/liderazgo en el Marco OMS de autoevaluación. http://www.who.int/gpsc/5may/PSP_GPSC1_APAvanzadosWeb_Mar-2012_SP.pdf.
12. Organización Mundial de la Salud: Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010. http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_es.pdf.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Salud Pública Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias: Lineamiento para el estudio de sombra de lavado de manos en el instituto mexicano del seguro social.

Búsqueda y evaluación de la satisfacción del usuario por la calidad de la atención

*José de Jesús González Izquierdo, José Daniel Barradas Contreras,
José Víctor Pérez Navarro, Beatriz F. Guzmán Biohuet,
Aldo Mercado Ramírez, Francisco Javier Cuervo Moguel*

"Si ayudé a una sola persona a tener esperanza... no habré vivido en vano".
Martin Luther King

El principal objetivo de este capítulo es mostrar como buena práctica la implantación de un modelo de calidad en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el fin de mejorar la seguridad y satisfacción de los pacientes, así como la competitividad, mediante el conocimiento de necesidades y expectativas de los usuarios y su transformación en propuestas de valor para el diseño y adopción de mejoras de procesos.

ANTECEDENTES

La medicina es una ciencia aplicada, práctica y humanística fundamentada en evidencia científica, que incluye variables físicas, psicológicas, sociales, culturales y económicas, mediante las cuales el médico obtiene información imprecisa y debe tomar decisiones eficaces. Por la condición emocional del paciente durante la enfermedad es necesario que el personal de salud aplique sus conocimientos con empatía, amabilidad, respeto y tolerancia, y otorgue información suficiente y comprensible, con el fin de satisfacer y resolver en la medida de los avances médicos y tecnológicos sus necesidades y expectativas. Sin embargo, desafortunadamente, con el tiempo la calidad del trato humano se ha visto afectada por

efectos de la atención en “línea de producción”, el trabajo desarticulado y la deficiente sensibilidad humana de los sistemas sociales (administrativos, médicos y jurídicos), por lo que existe la imperiosa necesidad de “dar un golpe de timón” para lograr la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores por la atención recibida.

Desde los inicios de la escritura se registraron organización y leyes para proteger a la persona enferma. Trece artículos regulan la práctica médica en el Código Hammurabi (1800 a.C.). En China los estudios académicos se reportaban en el T'ai-yi-chu (gran servicio médico). En Grecia, Hipócrates (siglo V a.C.) formuló el juramento con el “principio de no hacer daño” que marcó las directrices éticas para el buen desempeño del médico, adoptado por la fe coránica por su gran valor moral. También en la medicina árabe se encuentra que durante la edad media la institución educativa por excelencia fue la “madraza” y era obligación obtener un “ichaza” (título) para la práctica segura y legal de la profesión.

El cuanto al espacio de la calidad, Sir Richard Doll declaró que “el campo de las políticas y prácticas de salud tiene tres atributos que definen su calidad: eficacia médica, aceptabilidad social y eficiencia económica, que son independientes unos de otros y requieren diferentes métodos de evaluación”. R. H. Brook y K. N. Williams describieron que “la calidad incluye a la atención técnica y al arte de la atención; la primera es la adecuación de los procesos de diagnóstico y tratamiento y el arte de la atención se refiere al medio, la manera y la conducta del proveedor al impartirla y comunicarse con el paciente”. Estos autores apuntan que la calidad es el resultado de dos dimensiones básicas: el saber o conocimiento, y el hacer o la práctica.

La calidad se consideraba tema implícito en la medicina por sus principios de humanismo, ciencia y vocación de servicio, por lo que los sistemas de salud privilegiaban la medición de la productividad; sin embargo, esto no fue suficiente. En 1951 se creó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, con el propósito de contar con evaluación externa de estándares de calidad en los hospitales. La madurez de la población, su evolución social y participación individual determinaron la necesidad de conocer experiencias y expectativas de la población. En consecuencia, se ha facilitado la planeación de mejora de los servicios, con rumbo a partir de una misión de servicio y visión de mejora continua, cuyos objetivos son satisfacción y seguridad.

En el decenio de 1990, con la firma del Tratado Trilateral de Libre Comercio entre EUA, Canadá y México, surgió la necesidad de homologar la calidad de los servicios médicos proporcionados. En 1999 el Consejo de Salubridad General instrumentó la Certificación de Hospitales, que ha evolucionado desde las bases técnicas y documentales hasta la evaluación de la calidad y seguridad del paciente.

Los principios éticos aplicados a la atención médica son: autonomía, equidad, respeto, beneficencia, honestidad, solidaridad, confidencialidad, justicia, digni-

dad y lealtad. Es indiscutible que los pacientes requieren calidad en el trato con enfoque humanista. La búsqueda de la calidad incluye el conocimiento de sus necesidades y expectativas, para facilitar la mejora y reorganización de procesos de atención, referenciados (*benchmarking*) con las mejores prácticas internacionales. La ética médica fomenta la buena práctica para preservar la dignidad, la salud y la vida del paciente. El Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 3ª y 35ª Asamblea Médica Mundial, establece que en todo tipo de práctica clínica el médico debe mantener el más alto nivel de conducta profesional, proporcionar un servicio médico competente, tener plena independencia técnica y moral, mostrar compasión y respeto por la dignidad humana, tratar con honestidad a los pacientes, respetar los derechos del paciente y salvaguardar sus confidencias, y actuar sólo en el interés del paciente.

Además de lo anterior, se estableció que el médico debe preservar la vida humana, así como llamar a otro médico calificado en la materia cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, guardar absoluto secreto, incluso después de la muerte, de todo lo confiado por el paciente, y prestar atención de urgencia, salvo que haya otros médicos que puedan hacerlo.

Para implantar un modelo de calidad es indispensable el compromiso de los directivos en la identificación de riesgos y áreas de oportunidad que faciliten la planeación estratégica (ejes rectores que conduzcan los “qués”) y su despliegue en la planeación operativa (los cómo, quién, cuándo y en dónde). Cuando se busca la percepción de satisfacción y se cuestiona —p. ej., ¿cómo considera el trato recibido por el personal durante su atención—, la respuesta estará relacionada con la expectativa de cada persona, por eso es necesario que en el diagnóstico de la situación se identifiquen previamente, las capacidades, la infraestructura y el talento laboral, particularmente la comunicación asertiva.

Nos preguntamos: ¿por qué no se modifica la percepción de mejora de los servicios por parte de los pacientes y usuarios? Una respuesta es: por falta de conocimiento de factores críticos de éxito en la entrega de procesos y servicios que generen satisfacción y faciliten la lealtad. ¿Por qué los problemas son simultáneos o se repiten con otros pacientes? Esto ocurre por ausencia de sistemas para conocer la voz del usuario mediante quejas, entrevistas o encuestas, es decir, sólo se cuenta con acciones aisladas para identificar problemas y no se consolida la solución de los mismos. Es fundamental el comportamiento de los líderes de cada servicio para lograr influir en la actitud de servicio del personal (la palabra convence, pero el ejemplo arrastra); se considera igualmente importante la difusión de programas y la capacitación en trato digno, comunicación asertiva y efectiva, calidez, calidad en el servicio, trato personalizado, igualdad de género, resiliencia, tanatología e identificación y evaluación de riesgos para la seguridad del paciente.

En el desarrollo de instrumentos para evaluar la calidad de la atención es importante considerar cómo se formulan las preguntas, por ejemplo, cuando se in-

vestiga entre los usuarios: ¿cómo califica a la unidad? o ¿qué opina de la Unidad? La respuesta es generalmente desfavorable y otorga poca información para identificar áreas de oportunidad, pues no existe claridad en qué parte del proceso pudo existir deficiencia. Nos preguntamos el porqué de estas respuestas. En un análisis simplista es claro que un individuo fue el responsable, pero si analizamos a profundidad las causas encontraremos un problema del “sistema” en relación con la satisfacción laboral, el liderazgo, el diseño de procesos, la planta física, el equipo de trabajo y la disponibilidad de insumos, entre otros. Por lo anterior, es indispensable una gran participación en la definición del rumbo de la organización, en donde sean compartidos valores y creencias que sustenten la misión y la visión de mejora.

Para evaluar la calidad y seguridad habrá que responderse lo siguiente: ¿se tienen definidas?, ¿cómo se supervisan?, ¿se conocen y reconocen los resultados y avances?, ¿se realizan acciones de mejora con la participación de los “dueños de los procesos”, *stakeholders*?, ¿cómo se califica al personal por parte de los usuarios? Estos cuestionamientos son relevantes para el cambio de la cultura organizacional. En suma, para mejorar la calidad, se deben diseñar o adoptar y adaptar buenas prácticas con la participación del personal bajo un liderazgo situacional, especificar actividades y determinar las metas e indicadores para el control y mejora de los procesos.

EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL INSTITUCIONAL (PUEBLA)

Perfil de la unidad

Los servicios o procesos estratégicos incluyen consulta externa, urgencias, quirófano, hospitalización, rehabilitación y servicios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Los procesos de apoyo incluyen las áreas de abasto, personal, finanzas, conservación y servicios generales.

La misión diseñada con la participación del personal es “Otorgar atención médica con calidad, seguridad, tecnología de punta y sentido humano, mediante la gestión de recursos suficientes y personal actualizado, quien al aplicar los valores de honradez, respeto, información y amabilidad en el trato al usuario sienta orgullo y satisfacción por su trabajo. Contribuir a la formación académica de excelencia de nuevos especialistas y personal de salud, en beneficio de los usuarios y consolidar la investigación clínica que impacte en la salud pública de la región”.

En la planeación de escenarios la visión es “En 2008 otorgamos a los pacientes atención médica segura y con la más alta calidad, quienes se sienten satisfechos por la calidez del trato y el manejo mediante tecnología de punta. Logramos la

aplicación de la investigación propia y contamos con el personal mejor calificado en su especialidad. Los recursos son suficientes y optimizados al máximo. El personal está satisfecho por prestar sus servicios y orgulloso por laborar en una unidad de alta competitividad, reconocida por la excelencia de sus servicios”. La declaración de la visión contiene los factores críticos de éxito: la atención médica apegada a guías de práctica clínica o protocolos de atención, con amabilidad y trato digno, el uso de equipo con tecnología de avanzada, el talento humano con la mayor profesionalidad y competencia en su especialidad, la optimización de recursos, el orgullo y pertenencia del personal, y el reconocimiento institucional y sectorial.

Cadena de valor para la salud

Por contar con mayor capacidad resolutive, el hospital es vértice de la cadena de valor de la atención médica que atiende la patología más compleja y de alto costo terapéutico. La cadena de valor o red de referencia y contrarreferencia se conforma por 80 unidades de primer nivel de atención que solucionan 84% de los padecimientos y 13 hospitales de segundo nivel que resuelven 12% de las enfermedades. (El resto de los pacientes son enviados a esta unidad médica.) Los 13 hospitales mencionados fungen como clientes internos de la unidad, remitiendo personas enfermas con patologías de difícil diagnóstico; el mínimo teórico de usuarios potenciales a recibir es de 4%.

Para lograr los objetivos se diseñaron herramientas para conocer el tipo de pacientes y usuarios, escuchar su voz mediante la recepción de sugerencias e inconformidades a través de entrevistas, encuestas o buzones, generar lealtad, propiciar el liderazgo situacional, desarrollar la cultura organizacional, fortalecer la comunicación, el trabajo en equipo y la motivación, y consolidar la planeación estrategia y sus componentes.

El modelo implementado tiene una estructura integrada en tres partes. La primera es la dinámica, que involucra a usuarios y líderes en gestión directiva y planeación; la segunda, la mecánica, corresponde a la administración de procesos, personal, información, tecnología, conocimiento y conciencia social; y la tercera es relativa a los resultados, producto de la parte mecánica. En la siguiente parte de este capítulo se muestran algunos datos de la parte dinámica, es decir, quiénes mueven el modelo.

Usuarios

El enfoque del Modelo de calidad está dirigido a los pacientes y familiares como usuarios externos y a los trabajadores como usuarios internos. El diagnóstico se

inició con el conocimiento de sus necesidades y expectativas, que por jerarquización, de acuerdo con el impacto en la satisfacción y seguridad se identifican como factores críticos de éxito. Se diseñan estrategias para atender y resolver los planteamientos que son producto de los factores críticos y se realiza la medición del valor agregado, entendiéndose como aquel que supera las expectativas de los usuarios y que da satisfacción y genera lealtad, esto es, que recomienden el hospital por sus resultados y por el trato amable del personal de salud.

El primer sistema para el conocimiento de necesidades y expectativas de los usuarios se estructura en cuatro subsistemas que se diseñaron para realizar la gestión de los factores críticos de éxito, efectuar la medición del valor agregado y determinar la satisfacción de usuarios o pacientes por procesos y servicios en la unidad. Son los siguientes:

1. Características de la población, la vivienda y sociodemográficas.
2. Análisis de la morbilidad.
3. Determinación de la demanda real de servicios.
4. Determinación de necesidades y expectativas de los pacientes.

Para lograr la satisfacción integral de los componentes de la misión de la unidad se determinaron los grupos de interés de manera endógena y exógena, dando atención a los primeros como sigue:

1. Grupos de interés endógenos:
 - Usuarios o pacientes.
 - Hospitales que remiten pacientes.
 - Autoridades del nivel normativo institucional (equivalente a accionistas).
 - Personal.
 - Residentes de la especialidad médica.
 - Proveedores de bienes y servicios.
2. Grupos de interés exógenos:
 - Gobierno de los tres niveles.
 - La comunidad en general.

Las necesidades y expectativas de estos grupos se conocen mediante métodos de recolección, objetivos de validez, frecuencia y aplicación consistente. Los principales requisitos de los pacientes se muestran en la figura 14–1.

Se cuenta con una óptica con enfoque de 360° para tomar decisiones sobre el diseño de los servicios de la unidad con base en el conocimiento integral de los pacientes, desde los puntos de vista de los usuarios de primera vez, los usuarios subsecuentes, el personal y los directivos (cuadro 14–1).

La metodología incluye herramientas de acopio de la información que se actualizan de manera permanente para mantener al día el conocimiento de usuarios

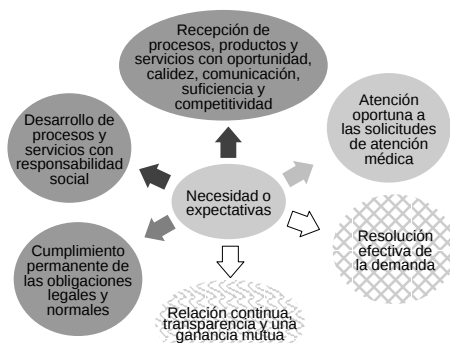


Figura 14-1.

o pacientes. Los resultados se presentan en estudios con informes ejecutivos que analiza el Comité de Calidad integrado por el Cuerpo de Gobierno de la Unidad. Se toman decisiones para incrementar el conocimiento y definir tareas específicas basadas en los estudios.

El primer sistema para la determinación del conocimiento se integra con cuatro subsistemas, como se mencionó. Se muestran a continuación.

El primer subsistema tiene el fin de conocer las características particulares de los pacientes por entidad federativa del área de influencia. La información se actualiza anualmente con la estadística en salud de la unidad y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se utiliza en la planeación como insumo de los programas de trabajo (cuadro 14-2).

El segundo subsistema tiene el fin de conocer los principales motivos de demanda por especialidad. Permite conocer la morbilidad de los pacientes, realizar adecuaciones en la entrega de servicios y gestionar recursos de personal

Cuadro 14-1. Las cuatro ópticas para la evaluación de 360°

Actor	Medición	Valor
Personal	Del clima laboral y la satisfacción del personal	90°
Directivos	Sistemas de medición del liderazgo	90°
Usuarios de primera vez	Determinación de las necesidades y expectativas	90°
Usuarios subsecuentes	Determinación de la satisfacción por los procesos clave	90°
Total		360°

Cuadro 14–2. Características de la población, la vivienda y sociodemográficas

Objetivo	Descripción	Resultados
Conocer las características particulares de los pacientes por actividad productiva y condiciones sociodemográficas y culturales, e incorporar este conocimiento en los procesos y servicios	Se acopia, integra y analiza la información de la población y la vivienda de los tres estados con información sociodemográfica del Gobierno Federal: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); Consejo Nacional de Población (CONAPO); Secretaría de Salud (SS)	Libro de tres secciones: 1. Azul: aspectos demográficos, como estructura, crecimiento, distribución de la población, etc. 2. Amarilla: necesidades futuras con base en las proyecciones de la población 3. Verde: diagnósticos de salud de los acuerdos de gestión con las delegaciones

y materiales. En la planeación permite anticipar necesidades y proyectar a mediano plazo los pacientes potenciales (cuadro 14–3).

El tercer subsistema para la determinación del conocimiento implica la demanda real con que inicia a través de la consulta de primera vez (cuadro 14–4).

El cuarto subsistema para el conocimiento se realiza con un estudio específico de las necesidades y expectativas de los pacientes por especialidad, en el que se aplica una encuesta anual que incluye todas las especialidades, con una muestra de 10% de la demanda de consulta por segmento de pacientes. La herramienta se actualiza como resultado de la investigación y el aprendizaje de la comparación referencial con diferentes organizaciones (cuadro 14–5).

La encuesta se actualiza sistemáticamente, incluyendo aspectos cualitativos y cuantitativos para asegurar la objetividad y validez de la información. Los ítems del cuestionario fueron validados por un grupo de expertos universitarios.

Gestión de los factores críticos de éxito, la medición del valor agregado y la satisfacción de los usuarios

Los propósitos del sistema son utilizar el conocimiento de los pacientes para:

Cuadro 14–3. Análisis de la morbilidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Conocer y analizar mediante la morbilidad los principales motivos de demanda por especialidad	Se integran los diagnósticos de mayor frecuencia en todas las especialidades de la unidad	25 principales causas: Consulta Egresos hospitalarios Intervenciones quirúrgicas Defunción

Cuadro 14-4. Determinación de la demanda real de servicios

Objetivo	Descripción	Resultados
Conocer la demanda por segmento y especialidad y adecuar las capacidades de la unidad para su atención	Los pacientes que demandan consulta de primera vez se agrupan en cinco segmentos con base en especialidades similares: cardiología-neumología, cirugía, medicina, oncología-hematología	Conocimiento de la demanda real por la particularidad de los servicios por segmento de 100% de las especialidades

1. Generar la satisfacción de los pacientes al cumplir sus expectativas.
2. Resolver las quejas y reclamaciones para anticipar inconveniencias al establecer acciones que cumplan con las expectativas.
3. Informar, dar respuesta e incluir garantías como compromiso en los servicios que se otorgan.
4. Gestionar las brechas del valor creado con el planeado, que se obtiene al contrastar la valoración de las necesidades y expectativas con la satisfacción real obtenida.
5. Integrar estudios comparativos de los factores evaluados con otros realizados en la propia unidad y otras referenciales.

Grupos de interés endógenos

El segundo sistema se integró internamente con seis grupos de interés endógenos: usuarios, hospitales de segundo nivel, nivel normativo, proveedores, residentes de especialidad médica y personal. Se organizó una red de evaluación con ocho mediciones que utilizan encuestas y reactivos diseñados para lograr confiabilidad en la medición, planeados para la conversión a indicadores. A estos grupos

Cuadro 14-5. Determinación de las necesidades y expectativas de los pacientes

Objetivo	Descripción	Resultados
Identificar y conocer los requerimientos, necesidades y expectativas completas de los pacientes de manera confiable, segura y actualizada para mejorar la satisfacción	Se aplica una encuesta anual a una muestra de la consulta de primera vez, con la que se conocen las características y opinión de los pacientes acerca de la confortabilidad del hospital, su posición en el mercado, el liderazgo, el personal, etc.	Características de los pacientes por servicios, factores críticos de éxito de la satisfacción, necesidades y expectativas de los pacientes

Cuadro 14-6.

Grupo de interés	Encuestas
1. Usuarios	1. Necesidades y expectativas
	2. De satisfacción en procesos clave
2. Hospitales de segundo nivel	3. De desempeño y satisfacción
3. Nivel normativo	4. De desempeño y satisfacción
4. Proveedores	5. De desempeño
	6. De satisfacción
5. Residentes de especialidad médica	7. Encuesta de ambiente académico
6. Personal.	8. Encuesta de clima organizacional
	9. Aproximación al perfil

se les otorga voz para conocer las necesidades y expectativas, y dar respuesta a los cuestionamientos. Tiene además dos grupos de interés exógenos: los tres niveles de gobierno y la comunidad (cuadro 14-6).

Grupo de interés: usuarios

Como la estadía de los pacientes es por el tiempo en el que se resuelve su problema de salud, el concepto de lealtad se refiere al sentimiento y opinión de satisfacción al egreso de la unidad, resultado de la forma en que los usuarios perciben el valor recibido y cómo esta percepción influye en su predilección y da como resultado que se sientan satisfechos, reconozcan la calidad y recomienden a otros la unidad por la excelencia de los servicios.

Cuadro 14-7. Lealtad por la confianza y seguridad sentida por los usuarios, pacientes y familiares

Objetivo	Descripción	Resultados
Medir la confiabilidad de la relación con usuarios en la entrega de procesos y servicios	Se aplican encuestas específicas a una muestra de 10% de las acciones médicas realizadas con periodicidad mensual y por proceso clave de admisión continua, consulta de especialidad, cirugía y hospitalización	Índice de confianza y seguridad en los procesos por la interrelación con los usuarios*

* Este índice se integra con los resultados de los indicadores de los factores críticos de éxito conocidos en el primer sistema: calidez en la prestación de servicios más oportunidad en la prestación de servicios más comunicación e información en el desarrollo del proceso más suficiencia de insumos para la salud.

Cuadro 14–8. Confianza en la relación con los usuarios

Objetivo	Descripción	Resultados
Medir la lealtad de los usuarios, resultado de la satisfacción de la cobertura de sus necesidades y expectativas en la entrega de procesos y servicios	Se mide la lealtad como resultado de los servicios que reciben en la atención médica con las características de calidez, oportunidad, comunicación, suficiencia de recursos y competitividad de los procesos, lo que determina el grado de satisfacción y lealtad a la unidad	1. Competitividad de los procesos clave 2. Aseguramiento de la lealtad 3. Satisfacción en los procesos clave 4. Índice de lealtad

El personal de enfermería participa en todos los procesos clave y en la mayoría de los procesos de apoyo médico, por lo que es muy importante conocer su comportamiento dentro del Modelo de Calidad.

RELACIÓN CON LOS USUARIOS

Los sistemas se integran en dos sistemas que forman el grupo que tienen relación con los usuarios, para mejorar la relación con los usuarios en la entrega de procesos y servicios, y proporcionar la atención y servicio al usuario, y la administración de quejas.

El propósito es desarrollar relaciones de largo plazo, incrementar la lealtad de los usuarios y generar referencias positivas como resultado de la atención con calidad y excelencia en la unidad.

Primer sistema: sobre la relación con los usuarios en la entrega de procesos y servicios

El propósito de este sistema es fortalecer la confianza a través del contacto continuo y permanente, con la respuesta a sus requerimientos, la entrega de procesos

Cuadro 14–9. Satisfacción con el proceso de hospitalización por parte del personal de enfermería

Objetivo	Descripción	Resultados
Conocer el nivel de la satisfacción con el personal de enfermería en hospitalización	Se aplica una encuesta específica a una muestra de 10% de los pacientes hospitalizados, con periodicidad mensual	1. Satisfacción en los procesos por la atención de parte de enfermería

Cuadro 14–10. Seguimiento del servicio

Objetivo	Descripción	Resultados
Dar respuesta inmediata a los requerimientos de los usuarios	Se aplica la política de puertas abiertas y el acercamiento y apoyo permanente del personal y los directivos a los usuarios	Oportunidad en la prestación del servicio Comunicación con los usuarios
Resolver problemas y aportar retroinformación Investigar las causas raíz de las divergencias	Se capacita a 100% del personal de contacto con los usuarios en calidad de la atención y del servicio	Tiempo de espera para recibir servicios
Considerar las sugerencias recibidas en las encuestas y los buzones	Se cubre el absentismo del personal que entrega servicios directos Se realizan supervisiones diarias a la prescripción y tratamiento	

y servicios de manera eficiente, la prevención y disminución de discrepancias y el acceso a los directivos para la realización de trámites de manera ágil y continua.

Este sistema de usuarios se integra por cuatro subsistemas (cuadro 14–10).

Los líderes reciben a los usuarios de manera inmediata, directa, sin antesala o cita previa, escuchan sus inquietudes, resuelven sus problemas y dan seguimiento al servicio mediante los valores del hospital; existe difusión de los responsables de los servicios para orientación y acercamiento. Se da solución efectiva de los motivos de inconformidad, se revisan las sugerencias y se asegura la entrega de los procesos clave y de apoyo médico con el soporte por parte de los procesos de apoyo administrativo (cuadros 14–11 a 14–13).

Los directivos médicos realizan la actualización de criterios de referencia para la recepción de pacientes, promueven la innovación permanente de técnicas y tratamientos, revisan la congruencia clínico–diagnóstico–terapéutica, actualizan el cuadro básico de la unidad y analizan los cambios tecnológicos para la modernización y equipamiento médico de los procesos y servicios. Atienden peticiones individuales sobre las patologías, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad y las resuelven con base en la normatividad. Como parte del compromiso del perso-

Cuadro 14–11. Atención de manera inmediata a grupos organizados

Objetivo	Descripción	Resultados
Analizar y resolver los planteamientos de los agremiados de los grupos organizados	Se atiende de manera inmediata a los representantes sindicales que acuden a la unidad a plantear situaciones específicas	Solución oportuna a la problemática

Cuadro 14-12. Carta compromiso y garantías de servicio

Objetivo	Descripción	Resultados
Comunicar el compromiso de la unidad de cumplir con las expectativas y las acciones para con los usuarios	Documento publicado para conocimiento al acceso de servicios por parte de los usuarios, que especifica la manera en que se otorga la atención médica en la consulta de especialidad	Garantías de servicio en la carta compromiso al usuario

nal, el médico que otorga el tratamiento aplica los principios éticos, actualiza los conocimientos de su especialidad y promueve la innovación permanente en las técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Segundo sistema: para la atención y servicio al usuario, y administración de quejas

El propósito de este sistema es proporcionar asistencia, orientación y asesoría para responder a los problemas que se presentan durante la entrega de procesos y servicios, y resolver las inconformidades verbales y escritas (cuadros 14-14).

Las principales funciones consisten en orientar sobre los servicios y prestaciones que se otorgan; realizar sesiones y pláticas sobre prestaciones, derechos y obligaciones; informar sobre trámites y funcionamiento de la Unidad; dar solución rápida a las quejas e inconformidades verbales; brindar el seguimiento requerido a las quejas escritas; y presentar las quejas al Comité de Calidad para el análisis y la mejora continua (cuadro 14-15).

Cuadro 14-13. Comunicación, información y mejora de procesos

Objetivo	Descripción	Resultados
Dar respuesta a las necesidades de interacción de los usuarios, cuando buscan información o soluciones	El médico le explica de manera amplia al paciente su diagnóstico y tratamiento; al darlo de alta elabora un resumen, que es un informe médico de egreso de la atención otorgada y posterior manejo	Comunicación e información en el desarrollo de los procesos

Cuadro 14–14. Administración de la atención a los usuarios

Objetivo	Descripción	Resultados
Asegurar el desempeño de los procesos de acuerdo con los requisitos de los usuarios y prevenir los motivos de quejas	Se tiene un departamento cuya misión es proporcionar atención y orientación al derechohabiente en todos los trámites, requisitos, servicios y aclaración de dudas	Índice de quejas por 1,000 usuarios Porcentaje de quejas procedentes Promedio del tiempo de resolución de quejas

ADMINISTRACIÓN DE LAS QUEJAS

Las quejas se resuelven en su totalidad en la unidad, contando con un médico para su análisis. Para lograr la mejora del cumplimiento se revisan los procesos, servicios y categorías del personal que genera las quejas; se informa a quien presentó la queja la fundamentación y la resolución del caso. Los pacientes pueden presentar quejas en cualquier momento de la atención; se revisan e integran en un informe ejecutivo, se estudian y presentan ante el Comité de Quejas; mensualmente se evalúan las causas y los servicios involucrados, y se establecen medidas de solución para evitar la repetición.

GESTIÓN DIRECTIVA

Se explica el perfil del líder en el desarrollo del Modelo de calidad, la cultura organizacional deseada y se presentan las mediciones para conocer los avances con relación al modelo y perfil del líder.

Cuadro 14–15. Módulo de atención y orientación

Objetivo	Descripción	Resultados
Contar con un área y sub-sistema para el acercamiento al paciente en el momento que requiera asesoría y apoyo	Se cuenta con un módulo para la atención al paciente en las dos entradas (principal y admisión); es atendido por una técnica en orientación de perfil profesional y experiencia en el puesto para la atención y resolución de todo tipo de problemas	Orientación e información en módulo Reuniones y eventos Planteamientos de eventos

Cuadro 14-16.

Opinión de los grupos de interés que integran la red de evaluación = 360°
+
El comportamiento dentro del modelo para la calidad total = 360°
+
La aproximación al perfil de liderazgo buscado de la unidad = 90°
+
La evaluación del conocimiento de la cultura de calidad = 90°
+
Liderazgo 130 = 90°
Total = 990°

Este sistema permite evaluar el desempeño, promover y desarrollar la cultura organizacional de acuerdo con la filosofía, principios y valores de la unidad.

Planeación de escenarios de la gestión directiva; el liderazgo ejemplar resolutivo

Los líderes idealmente deben apoyar al personal para mejorar los procesos de atención hacia las mejores prácticas de la medicina; orientar y proporcionar información completa al usuario; procurar la suficiencia y el uso racional de los recursos; desarrollar y evaluar iniciativas, métodos y necesidades de materiales; diseñar estrategias, políticas y sistemas para evaluar la calidad y el desempeño de la atención; proponer acciones de mejora continua en los servicios; y promover el desarrollo de la cultura de calidad dentro y fuera de la unidad.

Para lograr la gestión directiva y un liderazgo resolutivo se desarrollaron seis sistemas con cuatro mediciones.

La metodología para mantener actualizados los sistemas del liderazgo alineados con la misión y visión del hospital y llevar a la unidad a la alta competitividad consiste en la medición denominada internamente 990°, explicada en el cuadro 14-16.

Los propósitos de este sistema son dirigir la unidad hacia la visión y lograr una organización de alta competitividad, con la reflexión estratégica de la planeación, la adecuación de recursos estructurales y de sistemas de trabajo, y la evaluación de los resultados para modificar el rumbo.

El primer sistema del liderazgo se integra con lo siguiente (cuadro 14-17).

Para evaluar el logro de la visión y la misión, 100% de las áreas de servicio alinean sus planes operativos para lo que tienen definida su propia misión y visión, derivadas de las especificadas para la unidad, con acciones acordes a las líneas estratégicas y metas (cuadros 14-18 y 14-19).

Se establecen acciones a los indicadores fuera del rango esperado. La competitividad se referencia con otras unidades médicas de alta especialidad. Se utiliza

Cuadro 14–17. Desarrollo de la visión

Objetivo	Descripción	Resultados
Dirigirse hacia la visión, con la definición de estrategias para su logro por pasos sucesivos	Los elementos de la visión se integran en factores críticos de éxito que se transforman en objetivos estratégicos y metas a lograr	Porcentaje de avance del logro de la visión en relación con lo planeado

un mapa con enfoque sistémico que sirve como base de la visión holística y conceptualización de los sistemas a niveles externo e interno (cuadro 14–20).

Se utiliza un mapa con un enfoque sistémico que sirve como base de la visión holística y conceptualización de los sistemas a niveles externo e interno.

DESARROLLO DEL SISTEMA DE CALIDAD

El objetivo es desarrollar la cultura de calidad mediante la capacitación de todo el personal en materia de orden, limpieza, acomodo, fortalecimiento de la conservación y mantenimiento, con el fin de mantener una buena imagen institucional. De la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad en el Paciente, los apartados centrados en el paciente y los apartados centrados en la gestión se ha hablado en otros capítulos de este libro. Algunas de las políticas adicionales son:

- **Puertas abiertas:** “Los directivos de la unidad recibirán a los usuarios, familiares o personal, de manera organizada y directa, para escuchar sus inquietudes, resolver sus problemas y dar seguimiento al servicio prestado. Mantendrán una relación con los valores del hospital. Establecerán las acciones dentro de su ámbito de competencia y se coordinarán con otros directivos cuando sea necesario”.

Cuadro 14–18. Seguimiento del desempeño

Objetivo	Descripción	Resultados
Evaluar periódicamente el resultado de los procesos y servicios	Seguimiento mensual del desempeño de los procesos clave y de apoyo, eficiencia, efectividad, calidad y seguridad hospitalaria	Resultados individuales de cada uno de los indicadores

Cuadro 14–19. Publicación del tablero de control

Objetivo	Descripción	Resultados
Analizar los indicadores del desempeño apoyándose en un documento sintético	Mensualmente se integra un tablero de control de indicadores, que se analiza contra el índice nacional mínimo de aceptación	Tablero de control mensual (<i>balanced score card</i>) Posición comparativa de la unidad en el sistema nacional

- **Competitividad:** los directivos de la unidad buscarán generar el máximo valor agregado para los grupos de interés mediante el impulso a las variables de tecnología, oportunidad, personal y desempeño, darán respuesta con velocidad y eficacia a los cambios del entorno, serán motivadores del cambio, asegurarán la realización a tiempo de los procesos y servicios, y establecerán acciones para incrementar la productividad y reducir los costos.

Se promueve en los directivos la cultura de la responsabilidad para el cumplimiento de las funciones, se les confiere autoridad en la toma de decisiones y se facultan para otorgar incentivos y otorgar reconocimientos al personal en el tramo de control de su competencia.

Desarrollo de la cultura organizacional: fundamentación de la filosofía de la unidad

El propósito de este sistema es dirigir hacia la cultura organizacional con principios y valores alineados, que unan las áreas y se traduzcan en servicios con alto sentido humano. Para que los valores de la unidad sean parte del quehacer en el trabajo cotidiano y en la actuación diaria se promueve el compromiso del personal a través de carteles y otros medios visuales.

Cuadro 14–20. Enfoque sistémico de la unidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Definir y representar a la unidad como sistema	El mapa estratégico para que el equipo directivo tome decisiones con una visión holística considera el entorno extrainstitucional y la cadena de valor a la que pertenece la unidad	Percepción global en el mercado del sector salud y de la cadena de valor

Cuadro 14–21. Adopción de los valores de la unidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Mantener de manera permanente en la entrega de procesos y servicios la aplicación de los valores de la unidad	La atención de los valores de la unidad se evalúa en los diferentes procesos clave y en cada una de las categorías que intervienen en ellos	Calidez en la prestación de servicios en los procesos clave y en los procesos de apoyo médico Por categoría del personal Atención de los directivos con los valores del hospital

CALIDEZ EN EL SERVICIO

Se planeó que el personal y los directivos actuaran con calidez en la entrega de procesos y servicios para la satisfacción del usuario, mediante el trato con cortesía, humanitarismo, respeto y actitud de servicio. Con el cumplimiento de estos puntos se integra el índice de la confiabilidad y la seguridad de los factores críticos de éxito como ingredientes de la satisfacción producida en los usuarios (cuadro 14–21 a 14–24).

El soporte y fundamentos del Modelo de integridad incluyen los valores y credo de la unidad, los aspectos contractuales de la relación laboral, los derechos de los pacientes, el compromiso de la transparencia ante la sociedad y la aplicación de medidas anticorrupción, con la característica de ser personas, auténticas y sinceras, que obran con caridad y amabilidad para con el prójimo, y apoyan las acciones benéficas (cuadro 14–25).

El resultado esperado del Modelo de integridad que se busca es que quienes trabajan en el hospital asuman la responsabilidad y el compromiso del personal de comportarse con principios de integridad individual y exteriorizarlo a los usuarios y la comunidad.

Cuadro 14–22. Aplicación del credo de la unidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Facilitar la difusión y el desarrollo de la cultura organizacional deseada y unificar la conducta del personal dentro de ella	Se tiene un credo propio, elaborado por el cuerpo de gobierno, sustentado en la filosofía de servicio de la unidad, el cual se difunde al personal, promoviendo su aplicación todas las categorías del personal operativo y directivo	Evaluación de la aplicación en el credo medido en las diferentes encuestas; refleja la opinión de los usuarios de la aplicación del credo por parte del personal

Cuadro 14-23. Definición del perfil de liderazgo buscado en la unidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Definir el patrón y características de los líderes dentro del Modelo de calidad	El perfil se definió con cinco variables: aseguramiento de calidad, capital intelectual, desarrollo tecnológico, mejora continua e impacto social	Aproximación al perfil del liderazgo buscado

MEDICIÓN DEL LIDERAZGO

El propósito de este cuarto sistema es asegurar el desarrollo y consolidación del perfil de liderazgo deseado en la unidad, para contar con dirigentes responsables y comprometidos con el Modelo de calidad, y que actúen con el liderazgo ejemplar resolutorio (cuadro 14-26).

Se aplica a todos los directivos que tienen al menos seis meses de ejercer el puesto, con periodicidad anual, para su desarrollo y mejorar los logros en eficiencia y calidad. Se establecen las brechas entre lo planeado y el resultado real, y se implantan acciones. Los resultados de esta medición se validan con los de las otras mediciones y con los grupos de interés de manera comparativa, y sirven para conocer la percepción global como sistema y determinar las fortalezas, las áreas de oportunidad y los factores críticos que después se incorporan a la planeación (cuadros 14-27 y 14-28). Se busca garantizar el desempeño acorde a la descripción de puestos de confianza con base en el catálogo, que indica los requerimientos del puesto. El cumplimiento se evalúa anualmente por medio de los titulares de la unidad (cuadros 14-29 a 14-31).

Cuadro 14-24. Promoción de la cultura de integridad y transparencia

Objetivo	Descripción	Resultados
Promover y asegurar la aplicación de los principios éticos en el desempeño del quehacer cotidiano de manera honesta, eficiente y responsable	Se diseña el modelo de integridad y transparencia y se integra con la implantación y el desarrollo. Refleja la forma en que la unidad busca impactar ante la sociedad con un comportamiento ético, íntegro y transparente por parte de los directivos y el personal, basado en valores propios y principios universales	Opinión de los grupos de interés de la integridad y transparencia de directivos y personal

Cuadro 14–25. Códigos de conducta

Objetivo	Descripción	Resultados
Homologar la conducta del personal con la aplicación de principios y valores de la institución	Se impulsa una cultura que favorece el comportamiento del personal en el desarrollo de la prestación de servicios, con valores éticos adoptados, como conducta de vida y convicción personal (honradez, probidad, responsabilidad, etc.)	Comportamiento ético de los directivos y el personal de acuerdo con la cultura organizacional Percepción de los grupos de interés del comportamiento ético de directivos y personal

Se elabora un informe individual para cada directivo, que contiene la síntesis de los resultados de la efectividad del liderazgo para cada una de las variables y la gráfica de red en relación con las metas planeadas y las áreas sólidas y de oportunidad. Incluye acciones específicas para su fortalecimiento: reforzamiento del compromiso con el perfil de liderazgo buscado, generación de prácticas directivas comunes que mejoren la actuación individual y capacitación específica.

COMUNICACIÓN, MOTIVACIÓN Y APOYO AL PERSONAL

El propósito de este sistema es mejorar el desempeño del personal, al crear un ambiente de innovación, asumir responsabilidades, tomar decisiones, gestionar la satisfacción y cubrir las necesidades y expectativas de desarrollo, laborales y de calidad de vida, que se reflejen en un mejor servicio, la satisfacción de usuarios y la detección dentro del plan de vida y carrera para incorporar a los nuevos directivos. El quinto sistema del liderazgo se integra por cuatro sistemas (cuadros 14–32 y 14–33).

Cuadro 14–26. Medición del liderazgo dentro del Modelo de calidad de la unidad, con enfoque de 360°

Objetivo	Descripción	Resultados
Establecer el diagnóstico del comportamiento de los líderes dentro del Modelo de calidad de la unidad	Se realiza una medición clave con enfoque de 360°; participan: El jefe inmediato (90°) Los pares o colaterales (90°) Los subordinados (90°)	Los indicadores clave son: Comunicar y reforzar la misión, la visión y la cultura de calidad Involucrarse como líder en el Modelo de calidad
Determinar los indicadores de la aplicación del liderazgo acorde al Modelo de calidad	Lograr la satisfacción de los grupos de interés Formar una cultura de competitividad Aplicar los valores de la unidad	

Cuadro 14–27. Medición del liderazgo, con enfoque de 130°

Objetivo	Descripción	Resultados
Conocer las características de la forma en que se ejerce el liderazgo para mejorar el desempeño directivo	Se realiza el diagnóstico a través de la autocrítica por parte de los directivos	Comportamiento y estilo de liderazgo ejecutado por los directivos, índice que se integra por 16 indicadores de las calidades y manera en que actúan

El modelo se integra con seis variables: aseguramiento de la calidad, capital intelectual, desarrollo tecnológico, gestión de procesos, impacto social y aplicación de la normatividad y de los derechos de los pacientes (cuadros 14–34 y 14–35).

Se promueven la atención permanente a las necesidades y expectativas del personal, la integración con sus propios equipos de trabajo, el fomento y desarrollo del conocimiento organizacional, el compromiso y la lealtad; se propicia el cuidado de la salud, la ergonomía, la seguridad y la higiene en el trabajo, para agregar valor y contar con personal satisfecho que lleve de manera ulterior la satisfacción al usuario.

La estrategia para la integración del personal para que “se ponga la camiseta” de la unidad y sienta orgullo de pertenecer y trabajar en ella se desarrolló con el siguiente soporte:

- Logotipo de la unidad.
- Lema: “Tu salud, nuestro objetivo. Tu satisfacción, nuestra misión”. Se propuso a través de una convocatoria y fue elegido en votación universal por todo el personal.
- Gafete propio de identificación del personal.
- Uso del logotipo y lema en la correspondencia especial, los gafetes y las publicaciones.
- Ceremonia de bienvenida al personal de nuevo ingreso:
- Toma de protesta y adopción del credo.

Cuadro 14–28. Medición del perfil de liderazgo buscado por la unidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Determinar el perfil de liderazgo buscado por la unidad para reducir las brechas entre el real y el ideal	En 2003 se estableció el perfil del líder buscado por la unidad; en ese año y en 2004 se consolidó su adopción; en 2005 se evaluó el acercamiento al perfil a través de la autocrítica por parte del equipo directivo	Aproximación al perfil directivo buscado

Cuadro 14–29. Cumplimiento de las características del líder

Objetivo	Descripción	Resultados
Conocer si los directivos tienen las habilidades y capacidades según a la descripción del puesto	El cumplimiento se evalúa anualmente por medio de autocrítica de los puestos directivos, con las características definidas por parte del nivel normativo central para su puesto	Porcentaje del cumplimiento de las habilidades y capacidades de la descripción de puestos

- Video de “Bienvenida a la unidad”, que contiene los aspectos más relevantes del hospital, sus sistema de trabajo y lo que se espera del nuevo trabajador.
- Los valores de la unidad que debe aplicar el trabajador.
- Tríptico de bienvenida al trabajador.
- Comunicación bilateral (ascendente–descendente) con el personal.

PLANEACIÓN

Se inicia con la declaración en la planeación de escenarios para integrar la planeación estratégica con la participación del cuerpo de gobierno, con base en dos en el diagnóstico situacional. Puede ser necesario modificar o transformar la visión y misión, y por otro lado, diseñar las acciones a corto, mediano y largo plazos con los instrumentos de evaluación correspondientes.

Para planear en el hospital se identifican las oportunidades y amenazas actuales o que se presentarán, los aspectos de competencia, las directrices del gobierno federal y del Instituto, y los recursos económicos asignados, con el fin de lograr ser una organización sólida y competitiva que sea un ejemplo dentro y fuera de la institución.

Se integran cuatro subsistemas: la elaboración y desarrollo de la planeación estratégica mediante la adopción de las líneas estratégicas del Plan Nacional de

Cuadro 14–30. Detección de necesidades de capacitación en el Modelo de calidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Determinar el grado de conocimiento en materia de calidad del equipo directivo de la unidad, para impulsar su desarrollo	Se realiza la evaluación del grado de conocimiento de la administración de la calidad, en los aspectos que integran los ocho criterios del Modelo de calidad	Grado de conocimientos de la cultura de calidad

Cuadro 14-31. Certificación del liderazgo de la unidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Reconocer el ejercicio del liderazgo que responde a las estrategias y desempeño buscado por la unidad	Se realiza la certificación de los directivos que cumplen las metas anuales de las mediciones: Liderazgo en el Modelo de calidad 360° Liderazgo con enfoque de 130° Aproximación al perfil de liderazgo buscado. Cumplimiento de las características de la descripción del puesto Conocimiento en cultura de calidad	Certificación de líderes de unidades médicas de alta especialidad

Desarrollo, el despliegue de la planeación operativa y su consolidación en el plan de calidad de la unidad.

Elaboración y desarrollo de la planeación estratégica

La metodología para el plan estratégico es producto del diagnóstico del entorno (personal, recursos materiales, equipamiento y procedimientos), para consolidar los procesos de atención médica, dar respuesta a las necesidades y expectativas de los grupos de interés determinar estrategias, y alcanzar tácticas y acciones por pasos sucesivos. Al documento se le denomina Plan Maestro Estratégico; se divide en periodos bianuales con la finalidad de adecuar la planeación a la del nivel central.

El modelo para el desarrollo de estrategias se realiza con la participación de todo el equipo directivo de nivel A y B, se hace la definición de las estrategias y se actualiza el plan de calidad como parte del proceso de la reflexión estratégica que se efectúa cada año.

Los mecanismos para lograr el compromiso en el cumplimiento de la ejecución de la planeación estratégica son:

Cuadro 14-32. Aseguramiento de la sustitución de líderes: plan de vida y carrera en la unidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Realizar la sustitución de los puestos directivos de manera planeada, con personal capacitado	Los integrantes del equipo directivo ingresan a los puestos a través de un concurso de selección; deben cumplir con los requisitos del puesto y estar sujetos a los procedimientos de evaluación del desempeño; se les prepara para ocupar el puesto por un periodo mínimo de dos años	Porcentaje de ocupación de plazas directivas provenientes del plan de vida y carrera en la unidad

Cuadro 14–33. Perfil buscado del personal de salud en el Modelo de calidad

Objetivo	Descripción	Resultados
Tener el comportamiento del personal de salud acorde a la cultura buscada de la calidad en la atención médica	Se estableció el perfil buscado del personal de salud en el Modelo de calidad de acuerdo con las características de Unidad Médica de Alta Especialidad	Aproximación al perfil buscado del personal de salud

1. Se efectúa un seguimiento periódico y se presentan en el tablero de control los indicadores estratégicos relacionados con los procesos.
2. Se incorpora la información obtenida de las mediciones del plan de calidad, de los grupos de interés contemplados en el Modelo de calidad.
3. Se alinea con los objetivos de la dirección general del IMSS con base en dos de sus informes:

El informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El informe de la dirección general en la Asamblea General Ordinaria anual incluye las líneas de acción a realizar y los aspectos de las características de la población, la transición epidemiológica, la información estadística de procesos, los nuevos riesgos de la salud y los cambios en el perfil de la morbimortalidad.

En la actualización del plan estratégico se presentan los resultados del análisis para la toma de decisiones, en tres matrices tipo gráfica de coordenadas por cada una de las mediciones de los sistemas del Modelo de calidad. El ejemplo de estas matrices del sistema de liderazgo se muestra en la figura 14–2.

El contenido con los objetivos de la planeación estratégica es el siguiente:

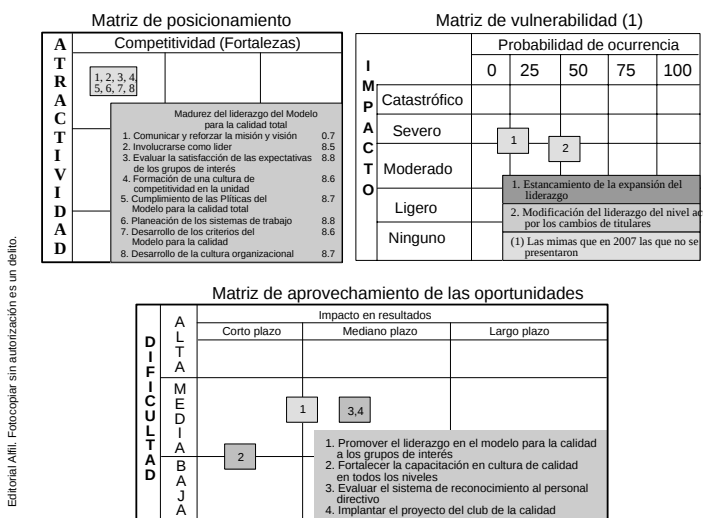
- Objetivos estratégicos derivados de la misión y las metas.
- Objetivos derivados de la visión.
- Objetivos del plan de alta competitividad.
- Indicadores clave de los procesos y servicios.

Cuadro 14–34. Política de interrelación con el personal

Objetivo	Descripción	Resultados
Establecer una guía para apoyar al personal en la realización de procesos y servicios	Se busca que el personal directivo cumpla con los factores críticos de éxito de la política de interrelación con el personal	Cumplimiento de la política de interrelación con el personal

Cuadro 14-35. Creación de un ambiente de trabajo adecuado

Objetivo	Descripción	Resultados
Propiciar el ambiente adecuado para el desarrollo de los sistemas de trabajo y el adecuado clima organizacional para mejorar la satisfacción del personal	Los líderes gestionan y tratan al personal con los valores de la unidad, apoyan la adopción del credo, analizan los problemas de satisfacción del personal como usuario y definen acciones para los factores críticos de éxito de las políticas de interrelación con el personal	Porcentaje de satisfacción del personal



© Editorial Atili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 14-2. El liderazgo en el Modelo para la calidad total.

Cuadro 14–36. Administración honesta y transparente

Objetivos	Descripción	Resultados
Cumplir con las políticas de la unidad "transparencia en el comportamiento" y "compromiso y responsabilidad"	Formaliza el combate a la corrupción con el establecimiento del Programa de Integridad y Transparencia	Trámites en relación con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información

Elaboración y desarrollo del plan de calidad de la unidad

El objetivo es establecer estrategias de mejora que respondan a factores críticos de los diferentes grupos de interés, con la participación en premios de calidad, para llegar a ser una organización de alta competitividad con sistemas altamente integrados (cuadro 14–36).

Incluye políticas específicas basadas en la evaluación permanente de la promoción entre los usuarios acerca de no permitir la corrupción y denunciarla (cuadro 14–37).

Al integrarse a equipos de alto desempeño, el personal encuentra un lugar propicio para ejercer su vocación de servicio y realizar su trabajo con satisfacción. Para el desarrollo profesional se imparte capacitación a los directivos y aspirantes en diplomados, que concentran los conocimientos más avanzados realizados en instituciones educativas públicas y privadas (cuadro 14–38).

El Modelo se encuentra en el nivel de confiabilidad; como se mencionó en el perfil, la unidad ha logrado seis premios de calidad nacionales y estatal (cuadro 14–39).

La evaluación se efectúa con los siguientes indicadores: eficiencia del cumplimiento de los objetivos estratégicos para el año, efectividad en el cumplimiento del presupuesto financiero, cumplimiento del plan de acciones médicas y cumplimiento del plan de alta competitividad.

Cuadro 14–37. Administración profesional

Objetivos	Descripción	Resultados
Motivar, desarrollar y retener al mejor personal en la unidad	Valorar al personal como capital intelectual, por la inversión para mantenerlo actualizado y capacitado en capacidades que sustentan competitividad de la unidad	Directivos incorporados en diplomados Capacitación específica en cursos a los directivos en materia de cultura de calidad Índice de rotación

Cuadro 14–38. Administración de calidad

Objetivos	Descripción	Resultados
Generar valor agregado a los grupos de interés, al satisfacer y superar sus necesidades y expectativas cambiantes	El Modelo de calidad de la unidad se mantiene actualizado de manera permanente con la estrategia de participación en premios, lo que ha incrementado la madurez de los criterios del Modelo	Madurez del Modelo de calidad

DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA EN LA PLANEACIÓN OPERATIVA

El objetivo de este sistema es traducir y desplegar la planeación estratégica en el plan operativo a través de planes proyectos, programas y actividades específicas para su seguimiento.

Para asegurar la integración, alineación y despliegue de los objetivos a partir de la actualización anual del plan estratégico, el plan de trabajo operativo de todas las áreas de servicio, departamentos, divisiones y direcciones se integra con base en dos lineamientos normativos: uno elaborado por la dirección médica y otro por la dirección administrativa; son para aplicación por parte de los subordinados y contienen al detalle todos los aspectos relacionados.

Para garantizar el cumplimiento de los programas derivados de la estrategia y el desempeño de los planes operativos se evalúa con una síntesis de indicadores y se analizan los aspectos restrictivos y las capacidades para la ejecución.

El quinto sistema está integrado por tres subsistemas de planeación (cuadro 14–40).

Cuadro 14–39. Optimización de recursos financieros

Objetivos	Descripción	Resultados
Reducir el gasto mediante la optimización de recursos: procesos a bajo costo	Los programas implantados son disminución del absentismo, cobertura de absentismo en áreas prioritarias, control de los costos unitarios, prescripción razonada de medicamentos, uso racional de medicamentos, evaluación del uso de material terapéutico en quirófano, ahorro en insumos de recursos no renovables	Optimización de recursos Disminución de costos unitarios

Cuadro 14–40. Plan de acciones médicas

Objetivo	Descripción	Resultados
Planear las acciones médicas de todas las áreas de servicio e integrarlas en un sistema informático para dar seguimiento y control	Las metas operativas se establecen considerando las capacidades de los procesos y la demanda de servicios; sirven para evaluar el avance en los resultados contra lo programado de las áreas de servicio	Elaboración del presupuesto de acciones médicas (metas) de los procesos clave y de apoyo Análisis del desempeño de las acciones médicas (metas) de las áreas de servicio

La integración presupuestal de gastos y metas se efectúa con la participación de todos los responsables, y se incorpora al sistema integral de información operativa, lo cual facilita el seguimiento oportuno y la toma de decisiones del nivel directivo y los responsables.

Para el control se efectúan evaluaciones mensuales del plan de acciones médicas, sobre el cumplimiento del desempeño. En caso de resultados con variaciones significativas se analiza la casuística, se determinan las acciones para adecuar, se gestionan los recursos físicos y materiales (planta física, equipo e insumos) y se redefinen las actividades para el cumplimiento.

El proyecto de las acciones médicas, representa un plan de trabajo y un compromiso que se debe llevar a cabo durante el ejercicio anual; las metas de los programas operativos anuales integran el programa general de la unidad.

La difusión entre el personal de los objetivos, los resultados y los planes de acción para el año siguiente se realiza en forma de cascada descendente (cuadro 14–41).

Se determina el importe teórico del plan de acciones médicas con el último costo unitario. El importe se compara con el presupuesto autorizado, se equilibran las partidas con faltante con las que tienen excedentes y en su caso se gestionan recursos adicionales con el nivel central.

Se analiza en un comité específico el comportamiento presupuestal financiero y de metas de toda la unidad (cuadro 14–42).

Cuadro 14–41. Integración y control del presupuesto anual financiero

Objetivo	Descripción	Resultados
Programar los recursos financieros requeridos para la realización de programas de trabajo, procesos y servicios	Se integra la asignación financiera del año siguiente, con la proyección del gasto y el crecimiento esperado de la demanda de servicios	Comportamiento presupuestal mensual y anual

Cuadro 14-42. Programa de trabajo de las áreas de servicio

Objetivo	Descripción	Resultados
Unificar la metodología para la alineación de los programas de trabajo operativos a la planeación estratégica	Para traducir y desplegar la planeación estratégica en procesos administrables y darles seguimiento, los líderes de cuerpo de gobierno y de las áreas de servicio (equipo directivo) elaboran anualmente el plan operativo para implantar los objetivos de la actualización del plan estratégico que corresponden a su tramo de control	Programa de trabajo anual de las áreas de servicio

RESULTADOS DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Los valores obtenidos de integrar el valor agregado de la calidez en la prestación de servicios se derivan de la importancia de estudiar el logro de la misión de la unidad, que en parte es: “otorgar atención médica de alta especialidad... satisfacer las necesidades de los derechohabientes, usuarios...”; por otra parte, la visión de la unidad en 2012 tuvo los factores clave siguientes: la atención médica es de la más alta especialidad, con la más alta efectividad y eficiencia diagnóstica, y nuestros usuarios se sienten satisfechos por la atención (ver misión y visión).

Para medir el avance adecuado del desarrollo de la misión se observa la satisfacción de las necesidades de los derechohabientes o usuarios; y el de la visión en tener usuarios satisfechos por la atención; se realiza la aplicación de una encuesta en los procesos clave de admisión continua, cirugía, consulta y hospitalización, en la que se mide la satisfacción, que incluye los factores críticos de éxito.

Los resultados son producto del conocimiento de los usuarios, la gestión del aprendizaje y la definición de la interrelación en la búsqueda de la confiabilidad y la seguridad de los procesos hasta llegar a la lealtad.

Las metas para evaluar los procesos clave e impulsar los resultados en 10 años (2002 a 2012) han sido como sigue.

a. Indicadores sin variación en las metas:

Indicador	Inicial	Final	Variación
I. Calidez en los procesos clave	95%	95%	0.0
II. Oportunidad en la prestación de servicios	95%	95%	0.0
III. Comunicación e información del desarrollo del proceso	95%	95%	0.0

b. Indicadores con variación en las metas:

Indicador	Inicial	Final	Variación
IV. Suficiencia de insumos para la salud	80%	95%	15%
V. Procesos confiables y seguros con usuarios	90%	93.8%	3.8%
VI. Competitividad de los procesos clave	80%	92.5%	12.5%
VII. Aseguramiento de la lealtad	85%	93%	8%
VIII. Satisfacción global en los procesos clave	88%	92.5%	4.5%
IX. Índice de lealtad	86.5%	92.8%	6.3%

La mejora continua de los sistemas se ha dado con la adecuación del tamaño de la muestra, de 25 a 10%. El establecimiento de metas de los factores críticos de éxito se presentó en componentes como los requerimientos de usuarios, la adecuación de los procesos, la actualización permanente del sistema de medición de la satisfacción por proceso clave y de apoyo, así como en la incorporación del indicador de la aplicación de los valores por categoría del personal de la unidad: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, asistentes médicos, dietistas y manejadores de alimentos.

Para el desarrollo de la cultura organizacional de la unidad se definieron como valores la calidez en la entrega de procesos y servicios, el trato con cortesía y humanitario, el respeto y el servicio. Se integró el resultado del valor agregado del índice de la confiabilidad y la seguridad de los factores críticos de éxito, como ingredientes de la satisfacción producida en los usuarios. Como resultado se definen valores ya arraigados, como cultura organizacional para la calidad en la atención médica.

Los resultados logrados en 20 años (2002 a 2012) al evaluar los procesos clave y de apoyo médico de diferentes índices de desempeño se muestran en la figura 14-3.

Dichos resultados reflejan que la cultura organizacional es parte de la unidad; es el sentir de los usuarios en el trato del personal con base en los valores de cortesía, trato humanitario, respeto y servicio que se reciben en los procesos clave. No se logró alcanzar el *benchmark* (98.4%), que se tenía en el Hospital Naval de Mazatlán, Secretaría de Marina (ganadores del premio INTRAGOB 2004). La meta que se estableció de 95% se alcanzó en 2003. Disminuyó en 2009 y 2010, y se recuperó a partir de 2011; esto indica que la causalidad del resultado es derivado del seguimiento que el equipo directivo de la unidad impulsa el desarrollo de la cultura organizacional (figura 14-4).

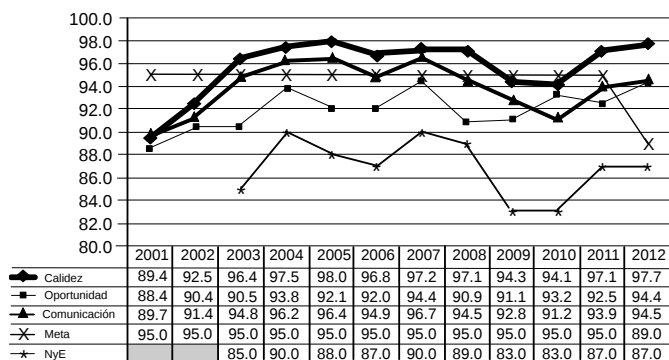


Figura 14-3. Prestación de servicios en los procesos clave.

Este resultado indica el nivel de consolidación de la cultura organizacional de la unidad. Es el sentir de los usuarios acerca del trato del personal en la atención con los valores de cortesía, trato humanitario, respeto y servicio, que se reciben en procesos clave por cada una de las categorías del personal en la unidad que intervienen.

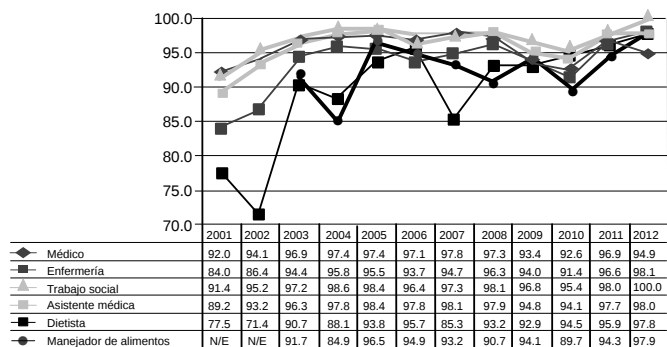


Figura 14-4. Calidez en la prestación de servicios por categoría en el personal de la unidad.

El *benchmark* externo de 96.6% del personal médico del Hospital Naval de Mazatlán Secretaría de Marina en 2004 se superó ese mismo año. Se mostró decremento en 2009 y 2010, pero se recuperó en 2011 y 2012. Este resultado refleja que la cultura organizacional forma parte de la unidad. Se estableció la meta de 95%, que en 2005 se alcanzó en varias categorías.

OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Este indicador define una de las garantías en la entrega de los servicios de la unidad. Indica la opinión acerca de la oportunidad con que reciben los usuarios los procesos clave. El *benchmark* (realizado con hospitales ganadores de premios de calidad) fue de 96% en los hospitales generales de la Secretaría de Salud de Guerrero y Zacatecas. En 2005 y 2013 la meta casi se alcanzó; el resultado del desempeño es inferior a la meta establecida de 95%, valor proyectado por los directivos de cuerpo directivo de la unidad.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN EN EL DESARROLLO DEL PROCESO

Dicho resultado indica el grado de comunicación e información percibida por los usuarios durante la atención médica. El *benchmark* de 98% lo obtuvo la Unidad Médica Familiar No. 19, Apodaca, Nuevo León, del IMSS, en 2004. La meta de 95% se alcanzó en 2005 y 2007, aunque este resultado se mantiene inferior; a pesar de la evaluación y seguimiento permanente, el desempeño es superior al valor esperado por los usuarios de 92% en 2006 y de 88% en los últimos años (figura 14–5).

Este resultado refleja la opinión de usuarios en la existencia de medicamentos y material de curación, para la realización de los procesos y servicios. El *benchmark* de 97% lo obtuvo el Hospital Naval de Mazatlán, Secretaría de Marina, en 2004, el cual fue superado ese mismo año. En 2012 hubo un decremento. La meta por pasos sucesivos de 95% se alcanzó en 2003; el desempeño fue superior al valor esperado por los usuarios, de 85% en promedio.

La causalidad del resultado, que se mantuvo consistente, se debió al aseguramiento del nivel de existencia y abasto para la operación diaria que se dio por parte del área de abastecimiento (figura 14–6).

El resultado completa la primera etapa para lograr la lealtad de usuarios; se estructura con la integración de los factores críticos de éxito, calidez, oportunidad,

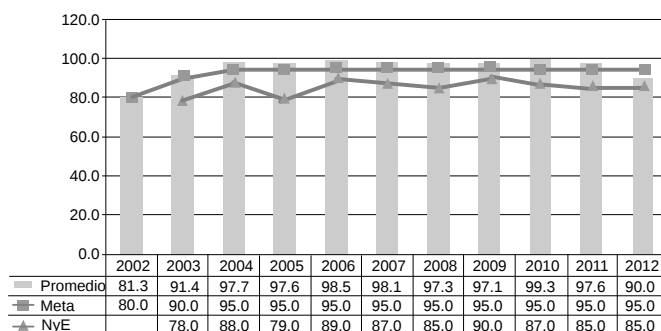


Figura 14-5. Suficiencia de insumos para la salud.

comunicación y suficiencia de recursos. Los resultados fueron consistentes, con una superación de manera constante. Mostró decremento en 2009 y 2010 y se recuperó en 2011 y 2012. La causalidad es resultado del sistema de gestión de los factores críticos de éxito, de la evaluación y del trabajo mensual.

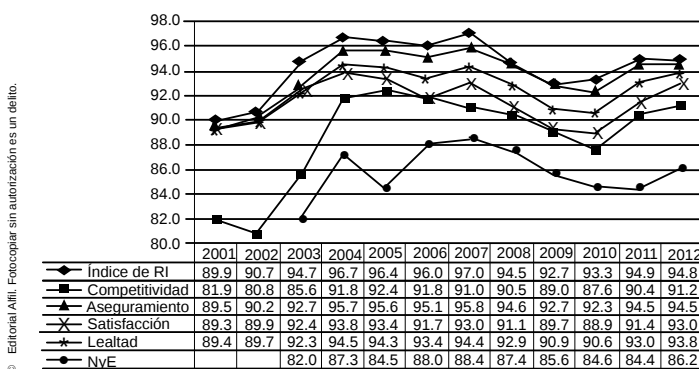


Figura 14-6. Índice de procesos confiables y seguros.

COMPETITIVIDAD DE LOS PROCESOS CLAVE

El resultado indica la opinión de los usuarios en relación con la competitividad de los procesos clave. El *benchmark* de 92.4% lo obtuvo el Hospital en 2005. La meta se alcanzó en 2003 y se mantuvo de manera consistente. A partir de 2006 se presentó una ligera disminución, debido a las restricciones generadas por las remodelaciones en la unidad. Se observó un decremento en 2009 y 2010 y una recuperación en 2011 y 2012, como resultado del seguimiento directivo a los factores que intervienen en los procesos de atención.

ASEGURAMIENTO DE LA LEALTAD

El resultado corresponde a la segunda fase para asegurar la lealtad. Refleja el fortalecimiento de los sentimientos de lealtad hacia la unidad por parte de los usuarios con base en la opinión que tienen acerca de la calidez, la oportunidad, la comunicación y la suficiencia de recursos, que llevan a procesos confiables y seguros, que derivan de la relación integral con usuarios, la cual con la percepción de la competitividad produce el aseguramiento de la lealtad. El *benchmark* de 95.8% lo obtuvo Hospital de Especialidades de Puebla en 2004. A partir de 2003 se mantuvo de manera consistente, superior a la meta. Esto se deriva de la evaluación y gestión de estos factores.

SATISFACCIÓN GLOBAL EN LOS PROCESOS CLAVE

Este indicador es clave y multifactorial. Está compuesto por la entrega de los procesos y servicios por parte de personal comprometido, profesional y con la camiseta puesta; la calidad técnico-médica, mediante la congruencia clínica diagnóstica terapéutica; el trato con los valores y el credo de la unidad; la comunicación, la oportunidad y la existencia completa de los materiales terapéuticos; y la posibilidad de ser atendidos por los directivos y de presentar inconveniencias antes, durante y después de los procesos.

Este resultado refleja el porcentaje en que la unidad satisface los factores críticos de éxito (FCE) de los usuarios durante la entrega de procesos y servicios. El *benchmark* de 97% lo obtuvo el Hospital Naval de Mazatlán, Secretaría de Marina, en 2004; la meta, que es una combinación de las metas de los FCE, mejora la satisfacción a través de la gestión de cada uno de los FCE. Se logró a partir de

2004. En 2006 se presentó una ligera disminución por las restricciones generadas por las remodelaciones, pero el resultado se mantuvo consistente por debajo de la meta hasta 2012.

LEALTAD

La lealtad de los usuarios se busca con las acciones de los líderes en los factores de calidez, oportunidad, comunicación y suficiencia de recursos, que llevan a procesos de confianza. Con la competitividad se origina el aseguramiento de la lealtad y con la satisfacción de los usuarios se cristaliza la lealtad permanente, que equivale a recomendaciones y prestigio.

Este resultado es la combinación de la opinión de los usuarios acerca de la satisfacción de sus necesidades y expectativas, traducidas en FCE. Corresponde a la última fase de la medición de la lealtad e indica la opinión y el reconocimiento de la calidad de la unidad, el sentimiento de satisfacción y la percepción de que es mejor que otras que conocen, por lo que la recomiendan a otros por la excelencia de los servicios con que cuenta.

El *benchmark* de 94.5% fue del Hospital de Especialidades de Puebla en 2004, cuyo comportamiento fue superior a la meta a partir de 2003 (figura 14–7).

Este resultado presenta la opinión de los usuarios del comportamiento de los líderes cuando han acudido a ellos. El *benchmark* de 97%, que refirió la Unidad Médica Familiar No. 19, de Apodaca, en 2004, fue superado al obtener 98% en

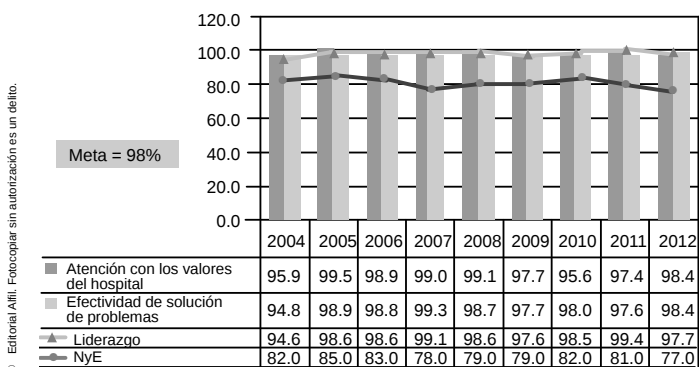


Figura 14–7. Liderazgo mediante el ejemplo en los procesos clave.

2005. El valor superior se observó en 2007, con 99.2%, y se definió un nuevo *benchmark*. Los resultados se mantuvieron consistentes. Casi se logró la meta de 2009 a 2011. Esto tiene la causalidad del compromiso y enfoque a los usuarios desarrollado por parte de los líderes. El valor agregado para el nivel normativo, equivalente a los accionistas, implica contar con directivos resolutivos en los procesos de atención médica.

REFERENCIAS

1. **Neri Vela R:** La oftalmología y el Código de Hammurabi. *Rev Mex Oftalmol* 1991;65:8–18.
2. Código de Hammurabi. Edición preparada por Federico Lara Peinado. Madrid, Editora Nacional, 1982.
3. Calidad de la atención médica. En: Neri Vela RH, Aguirre GHG: *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, 12 años de experiencia*. Secretaría de Salud, 2012.
4. **Lee RI, Jones LW:** *The fundamental of good medical care*. Chicago. The University of Chicago Press, 1933.
5. **Doll R:** Surveillance and monitoring. *Int J Epidemiol* 3,305–14,1974. www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf.
6. Busso NF: Calidad de la atención médica. En: Programa de Educación a Distancia. “Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud”. Fasc. 1. www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf.
7. **Álvarez R, Barrera F, Giaccone M, Giordano F, Messina A et al.:** Calidad de la atención médica hospitalaria. Propuestas para la garantía de calidad total. Buenos Aires, 2002. www.medicos-municipales.org.ar/bc0603.htm, www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf.
8. **Montesano DJR:** *Annual de planeación estratégica en un sistema de salud*. 1ª ed. Auroch, 2001.
9. **Lefcovich M:** Características de una planta de clase mundial en el comienzo del siglo XXI.

Clínica del pie y heridas: mejores prácticas de tratamiento

*María Guadalupe Garza Sagástegui, Rosalía Martínez Alatorre,
Beatriz Julia Maldonado Cruz, Graciano De la Fuente Reta*

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) constituye uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia, tanto por su extraordinaria frecuencia, como por su enorme repercusión social y económica. La epidemia de la DM es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una amenaza mundial, ya que su prevalencia aumenta año con año y en el mundo hay 347 millones de personas diabéticas; se calcula que en 2004 fallecieron 3 400 de personas por complicaciones. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multiplicarán por dos entre 2005 y 2030; más de 80% de las muertes ocurren en países con ingresos bajos y medios.¹

En los países desarrollados la DM ocupa entre el cuarto y octavo lugar en cuanto a causa fundamental de muerte; en España ocupa el tercer lugar en las mujeres y el séptimo en los hombres. En los países de la Comunidad Europea la tasa de mortalidad anual oscila entre 8 y 32 por cada 100 000 habitantes al año, mientras que en España entre 23 a 25 000 habitantes al año. En EUA las personas enfermas diabéticas diagnosticadas antes de los 15 años de edad tienen una tasa de mortalidad 11 veces superior a la de la población general.

En México la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año tanto en hombres como en mujeres. Las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 000 muertes y 400 000 casos nuevos anuales; cabe señalar que según la Dirección General de Información en Salud en 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37 202 muertes), en comparación con el de los hombres (33 310), con una tasa

de 69.2 por cada 100 000 mujeres y de 64 por cada 100 000 hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.² La DM es un factor de riesgo cardiovascular; incluso puede ser considerada un equivalente de enfermedad cardiovascular, debido a que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.

México ocupa el décimo lugar en DM a nivel mundial y se estima que para 2030 ocupe el séptimo puesto. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) indica que la prevalencia en el país es de 9.17% y que es significativamente mayor en la población urbana, lo que representa un total de 6 400 000 personas con diabetes, de las cuales 0.7% son adolescentes y el estado de Nuevo León es el de mayor prevalencia (15%).³ Se ha observado una mejoría en el porcentaje de pacientes controlados, de acuerdo con la ENSANUT 2000, 2006 y 2012. Cada hora se diagnostican 38 nuevos casos de diabetes. Cada dos horas mueren cinco personas a causa de complicaciones originadas por la diabetes. De cada 100 pacientes con diabetes 14 presentan alguna complicación renal. De los pacientes con pie diabético 30% terminan en amputación. De cada cinco pacientes con diabetes dos desarrollan ceguera. Uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años de edad tiene obesidad o sobrepeso; hay que contemplar que hay aproximadamente 5 757 400 adolescentes.

La prevalencia de sobrepeso fue más alta en los hombres mayores de 20 años de edad (42.5%) que en las mujeres de más de 20 años (37.4%); sin embargo, la prevalencia de obesidad en mujeres fue de 34.5% y en los hombres fue de 24.2%. Por la tanto, la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel nacional fue de 71.9% en las mujeres mayores de 20 años y de 66.7% en los hombres mayores de 20 años de edad.³ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2010 atendió a 400 000 niños con DM tipos 1 y 2.

La razón que hace de la DM un importante problema sanitario es la presentación de sus complicaciones sistémicas, pues es la primera causa de ceguera y de insuficiencia renal crónica (IRC) en muchos países occidentales, ocasiona 50% de las amputaciones de miembros inferiores realizadas y aumenta entre dos y seis veces la frecuencia del infarto del miocardio y por encima de 10 veces la de trombosis cerebral. En la ENSANUT 2012 se observó que 7.2% presentaban úlceras o amputaciones. En este contexto nos enfocaremos en las lesiones que el paciente diabético puede llegar a desarrollar en las extremidades inferiores a lo largo del periodo evolutivo de la enfermedad, ya que constituyen uno de los problemas asistenciales más graves, desde el punto de vista personal, familiar, sociosanitario y económico del presente siglo.^{1,3,4}

El síndrome de pie diabético es una alteración clínica de base, con etiopatogenia por neuropatía e inducida por hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático produce lesión y

ulceración de la extremidad. El interés que los angiólogos y cirujanos vasculares tienen por esta entidad patológica se deriva fundamentalmente de la gravedad de sus manifestaciones clínicas, cuya expresión final significa la pérdida parcial o total de la extremidad, lo cual acontece con frecuencia en el ámbito de la práctica clínica.

Por otra parte, 70 % de las personas que sufren amputación de pie o de pierna son diabéticos y cada 30 seg una de ellas sufre una amputación en algún lugar del mundo. En forma paralela a estas cifras, algunas estimaciones indican que la adopción de terapéuticas efectivas en las complicaciones de la DM, en particular en el pie diabético, podrían llegar a significar un ahorro cercano a los 1 500 millones de euros al evitar 15 000 amputaciones.^{1,5-7}

Las úlceras en el pie diabético generan un elevado costo para el paciente y la sociedad. Para los pacientes suponen sufrimiento, incapacidad, disminución de la calidad de vida, riesgo de pérdida del miembro afectado y aumento de la mortalidad, y para la sociedad suponen un elevado costo por incapacidad laboral y por la utilización de los servicios del sistema de salud. En el entorno internacional y nacional las principales afecciones del pie diabético generalmente tienen impacto en los siguientes aspectos:

- Originan 60 000 amputaciones mayores anuales en EUA.
- En España 20% de los diabéticos concluyen en amputación.
- Tienen un costo anual de 200 millones dólares (mdd).
- Alcanzan un promedio de hospitalización de 22 días.
- Hasta 9% de los diabéticos amputados mueren durante la hospitalización en los siguientes dos meses.
- La persona con diabetes es cinco veces más propensa a lesiones isquémicas en los pies.
- La prevalencia de úlceras en el pie diabético varía según el sexo, la edad y la población desde 2.4 hasta 5.6%.^{1,3,4,8}
- Se ha calculado que al menos 15% de las personas con diabetes padecerán ulceraciones en el pie.
- Se estima que alrededor de 85% de los diabéticos que sufren amputaciones han padecido antes una úlcera.
- En Suecia la aparición de gangrena representa 25% del costo de la atención hospitalaria del diabético y en un reciente estudio de costos del tratamiento de la úlcera diabética en 274 pacientes se observó que los costos más elevados los presentaron los cuidados hospitalarios y el tratamiento tópico.

Las úlceras crónicas en general han sido patologías menospreciadas y no tenidas en cuenta por los responsables de la atención al paciente. Esto ha estado cambiando en los últimos años ya que se están convirtiendo en un parámetro importante a la hora de medir la calidad de asistencia y de ahorrar costos sanitarios. Se repor-

tan diferentes formas de calcular los costos sanitarios por parte de las administraciones. En Holanda el costo directo de la DM es de 38.5 millones de euros, en Francia es de 3 750 000 francos y en EUA de 47 000 mdd, cifras bastantes concordantes si se tienen en cuenta la población y la prevalencia de la DM en cada uno de estos países. El costo directo en EUA de una amputación mayor se estima en 25 000 dólares, mientras que en Finlandia la DM genera 1 500 000 en estancias hospitalarias al año, destinándose 5.8% del presupuesto sanitario a los costos directos de atención al paciente diabético.^{10,18-21}

Si se juntan la totalidad de los costos directos e indirectos que genera la DM en el Reino Unido suman 663 millones de libras y en EUA 105 000 mdd. Todos estos datos hacen reflexionar sobre la importancia y repercusión social que tiene esta enfermedad, que no es de fácil solución.^{5,6,13-15}

Por tanto, únicamente se podrá alcanzar una inflexión en esta grave patología si todos los profesionales sanitarios se implican en los protocolos diagnósticos y terapéuticos más avanzados y con técnicas innovadoras que limiten el daño funcional de los miembros afectados, pero fundamentalmente en aquellos de prevención primaria y secundaria en los diferentes niveles de atención médica institucional. El abordaje de un problema de salud tan importante, como es el pie diabético, mejora cuando se constituye un equipo transdisciplinario para su manejo integral, ya que en general son varios los profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico y tratamiento de este síndrome, como cirujanos generales, endocrinólogos, infectólogos, ortopedistas, podólogos y personal de enfermería.

Entre las medidas más efectivas para tratar adecuadamente a las personas que padecen diabetes está la educación personal, individual y colectiva como parte fundamental del tratamiento conservador. Los programas de prevención precoz, correctamente estandarizados y aplicados, han demostrado su efectividad en la profilaxis de estas complicaciones, en la mejoría de la calidad de vida y en la reducción de la tasa de mortalidad. La educación diabetológica es imprescindible y fundamental, por lo que no debe ser solamente una parte importante del tratamiento, sino que en muchos aspectos constituye el propio tratamiento y la base sobre la que éste debe asentarse.²¹ Estos programas han demostrado su eficiencia en el ahorro de los costos que se derivan de las complicaciones, que en la mayoría de los casos resultan fatales. Las úlceras del pie diabético pueden dar lugar a cargas financieras sorprendentes, tanto para el sistema sanitario y como para el paciente. Por ejemplo, el análisis de las reclamaciones de Medicare en 1995 reveló que el tratamiento de las úlceras de las extremidades inferiores representaron 1 450 millones dólares en los costos de Medicare y contribuyó sustancialmente al alto costo de la atención a los diabéticos, en comparación con los costos de Medicare para la población en general. Las terapias que promuevan la rápida y completa curación y permitan reducir la necesidad de procedimientos quirúrgicos caros afectarían estos costos sustancialmente.^{9,22-24}

En el estudio Eurodiale (Grupo de Estudio Europeo sobre la Diabetes y de la extremidad inferior), que fue un estudio observacional prospectivo realizado en 14 centros de Europa en 2003 a 2004, se demostró que más de 50% de las úlceras en los pies eran neuroisquémicas y que más de 50% de los pacientes con úlceras tenían signos de infección.^{10,17}

En 2005 se publicó el ensayo multicéntrico BASIL (*Bypass vs. Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg*), en el que se igualaban los resultados a medio plazo de la cirugía y de la angioplastia en pacientes con isquemia crítica por patología infrainguinal. Esto supuso una verdadera revolución en el planteamiento del tratamiento revascularizador de los miembros inferiores (cuadro 15-1).¹⁰

Las úlceras del pie diabético generalmente son causadas por varios factores que actúan juntos, como polineuropatía, biomecánica alterada, enfermedad vascular periférica (EVP) y calzado inadecuado.

El curso de la enfermedad puede ser complicado por la aparición de infección. Cada uno de estos componentes no es suficiente para causar ulceración, sino que es la combinación de dos o más factores que lo que ocasiona una mala cicatrización o úlcera del pie.^{10,11}

La mayoría de las úlceras neuropáticas o neuroisquémicas son causadas por estrés biomecánico repetitivo crónico con carga anormal del pie al caminar y zapatos mal ajustados. Esta carga anormal del pie puede ser la consecuencia de la pérdida de la función muscular debido a la neuropatía, los pies con deformidades (tales como dedos en garra o prominencias óseas) y la movilidad limitada de las

Cuadro 15-1. Enfoque general del tratamiento del pie diabético

Diagnóstico	
• De la causa desencadenante por sintomatología • Del factor desencadenante de la lesión • Del estado metabólico de la diabetes • Del grado de la infección	
Terapia causal	
• Optimo control metabólico de la glucemia	
Terapia ulcerosa local	Terapia para control de recidivas
• Uso de antibióticos sistémicos • Eliminar las lesiones ulcerosas y puntos de apoyo • Desbridamiento local y quirúrgico • Tratamiento húmedo de las heridas para favorecer la limpieza y desbridación autolítica que favorezca el tejido de granulación y reepitelización	• Evitar las recidivas • Educación al paciente y familiar • Inspección diaria de sus pies • Evitar el uso de material cortante en su higiene • Evitar calzado incómodo o andar descalzo • Control y vigilancia con el podólogo

articulaciones de las articulaciones del pie. En el pie no isquémico el estrés biomecánico repetitivo induce la formación de callo en los sitios de carga anormal. Este callo eleva aún más las presiones y se asocia con un alto riesgo de ulceración al agregarse el factor neuropático, hasta que la piel se rompe. El dolor neuropático por insuficiencia arterial periférica (IAP) es un importante factor determinante de la mala evolución de un pie diabético. La IAP es un hallazgo frecuente en pacientes con DM tipo 2, con una prevalencia de aproximadamente 20 a 40%. La infección en una úlcera de pie diabético amenaza la extremidad. Las infecciones superficiales en pacientes no tratados previamente con antibióticos por lo general son causadas por microorganismos grampositivos, en particular, *Staphylococcus aureus*, y bacterias, como estreptococos hemolíticos. En las infecciones en los tejidos profundos, las infecciones crónicas y las heridas que han sido previamente tratados con antibióticos a menudo tienen una flora mixta de bacterias grampositivas y gramnegativas, aerobios y anaerobios. Los microorganismos multirresistentes y el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) son un problema cada vez mayor. Recientemente en un estudio estadounidense se aplicaron dos antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa, observándose que el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina se aisló en 20% de los cultivos.¹⁰⁻¹²

La clínica del pie y heridas estandariza el proceso de prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético agudo de forma transdisciplinaria (atención integral). Se ha demostrado que implementando este tipo de unidades se puede disminuir de 82 a 62% el número de amputaciones mayores por esta causa. Por todo ello, se implantó una clínica del pie para priorizar y estandarizar el proceso de educación, prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético, desde un cambio de paradigma de atención integral, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia (costo-efectividad) de la asistencia mediante la disminución del número de ingresos a través de urgencias, el número de amputaciones, la estancia media y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.^{13,14,16,25}

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Los objetivos generales de la clínica del pie y heridas son:

- Brindar opciones terapéuticas innovadoras y efectivas de las mejores prácticas nacionales e internacionales antes de amputar al paciente.
- Limitar el daño a la función del miembro afectado.
- Salvaguardar la integridad física de los pacientes.
- Reintegrar al paciente a su entorno familiar y laboral.

Los objetivos específicos son:

- Reducir las amputaciones por complicaciones de la DM.
- Disminuir la estancia hospitalaria en cirugía general.
- Mejorar la oportunidad quirúrgica con el indicador nacional (100%).
- Disminuir los costos por optimización de cama-día hospital favoreciendo el manejo ambulatorio.
- Educar al paciente y su familiar en la adecuada curación de la úlcera, medidas de higiene y prevención de la aparición de nuevas lesiones.
- Mejorar la satisfacción del derechohabiente.

DESARROLLO DEL TEMA

La creación de la clínica del pie y heridas (CPH) es un concepto de atención médica personalizada con un protocolo médico eficaz e innovador, que tomó el ejemplo de las mejores prácticas nacionales e internacionales públicas y privadas, para adaptarlas a nuestro entorno y solucionar las necesidades de salud de nuestros pacientes en la prevención y reducción de amputaciones y en la prevención de las úlceras del pie.

La CPH surgió como un proyecto de mejora en 2007 en el Hospital General de Zona No. 17 (HGZ No. 17), del IMSS, en respuesta a la constante problemática de atención prioritaria al paciente diabético con complicaciones crónicas, siendo esta patología una de las primeras tres causas de estancias prolongadas —22 días en promedio—, una de las cinco causas principales de incapacidad prolongada, una de las complicaciones de la diabetes más frecuente al calificar para pensión temporal y definitiva, así como causa de la sobredemanda de atención en tres de los procesos clave del hospital, como urgencias, quirófanos y hospitalización.

Con el presente proyecto se generaron modelos de asistencia médica por parte de los expertos en patología, enfocados en otorgar un tratamiento oportuno, así como en la reducción de los ingresos hospitalarios, mejorando la atención de los pacientes en el servicio de urgencias, al enriquecer la calidad de la atención de los pacientes diabéticos así como la de aquellos aquejados por vasculopatías periféricas.

El enfoque terapéutico general en el manejo integral del pie diabético está encaminado a realizar un diagnóstico clínico oportuno acorde a las posibles etiologías desencadenantes más frecuentes y a iniciar un tratamiento causal y la prevención de las recidivas.

La adecuada coordinación del grupo transdisciplinario encargado del manejo del paciente diabético, tanto en la atención de primer nivel como en los diferentes niveles asistenciales, resulta en el diseño de diferentes esquemas y protocolos de

atención y de educación, planes estratégicos para tratamiento y atención del paciente diabético, en especial aquellos con angiopatía y neuropatía periférica. El diseño del proyecto se enfoca en otorgar atención médica personalizada, dirigida por un médico especialista en cirugía general y una enfermera general, adoptando las mejores prácticas internacionales y aplicando las técnicas no invasivas en el tratamiento de las heridas por el pie diabético. Se formó un equipo altamente competente con recursos propios institucionales sin afectación del presupuesto asignado a la unidad y con alianzas estratégicas realizadas con universidades locales y proveedores de insumos que permitieron iniciar la propuesta terapéutica. Esta capacitación fue fundamental para el desarrollo y éxito del proyecto; los conocimientos adquiridos fueron transmitidos a los demás especialistas en cirugía general y enfermería; se capacitaron cinco médicos y dos enfermeros propios de la zona 17, para posteriormente servir de referencia educativa a nivel delegacional en la capacitación continua de personal en otras unidades interesadas en reproducir este modelo de atención en sus hospitales.

De acuerdo con la medicina basada en evidencias el objetivo general del tratamiento médico-quirúrgico profiláctico del pie diabético, con excepción hecha a los grados 4 y 5 de la escala de Warner, es intentar revertir la situación clínica al grado 0 (cuadro 15–2). La pauta de antibioticoterapia se debe realizar preferentemente con el apoyo de antibiograma y el cultivo de la lesión, aunado al manejo de alteraciones metabólicas como una de las primeras consecuencias de la infección agudizada. El tratamiento integral pasa del nivel hospitalario a una forma ambulatoria.

Cuadro 15–2. Escala de Warner

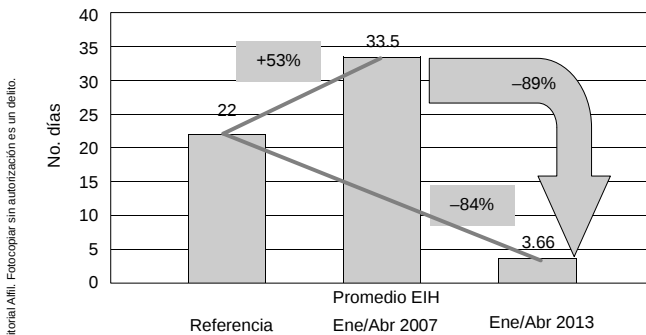
Grado	Lesión	Características	Tratamiento
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos Cabezas metatarsianas prominentes Dedos en garra Deformidades óseas	Educación de la enfermedad y cuidados profilácticos Exploración vascular y radiografía, monitoreo
1	Úlceras superficiales	Destrucción total del espesor de la piel	Inicio de antibióticos Modificar puntos de apoyo Vigilar datos isquémicos
2	Úlceras profundas	Penetra en piel, grasa y ligamentos sin afectar hueso, infectada	Desbridamiento oportuno local
3	Úlceras profundas con absceso	Extensa y profunda secreción con mal olor	Desbridamiento quirúrgico
4	Gangrena limitada	Necrosis de parte del pie	Amputación
5	Gangrena extensa	Todo el pie afectado Efectos sistémicos	Amputación

El tipo de tratamiento empleado en las heridas de acuerdo con valoración de esta escala se inició con la introducción de terapias no invasivas de vanguardia, no sólo en pacientes diabéticos sino también en pacientes con úlceras varicosas y heridas profundas contaminadas o complicadas en cualquier parte del organismo, lo cual le dio un giro al proyecto y al nombre, pasando de ser clínica del pie diabético a clínica del pie y heridas, con resultados exitosos, pues se ha logrado reducir 60% de las amputaciones.

Uno de los principales indicadores de seguimiento es el promedio de días de estancia intrahospitalaria (EIH), el cual tiene un impacto por el costo por día cama hospital, acorde al importe publicado en el *Diario Oficial de la Federación* año con año. Cabe mencionar que en el inicio de este proyecto, en 2007, se contaba con una estancia promedio de 33.5 días de los pacientes diabéticos hospitalizados, por arriba de 54% del promedio referenciado en la literatura de 22 días. En el primer cuatrimestre de 2007 se logró una reducción, en comparación con el primer cuatrimestre de 2013, de 3.6 días de EIH, que representó 89% de reducción del promedio de días de estancia hospitalaria (figuras 15-1 y 15-2).

Otro indicador importante de proceso es la oportunidad quirúrgica, que constituye un avance consistente, pues en 2009 llegó a 100% y se ha mantenido hasta la fecha, posterior a la implementación de la CPH (figura 15-3).

Se cuenta con una gran demanda de pacientes de primera vez y citas subsiguientes muy elevadas por los días de tratamiento ambulatorio a que son sometidos los pacientes, lo cual es de beneficio para limitar el daño en la extremidad y



© Editorial Atili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 15-1. Promedio de días estancia hospitalaria en diabéticos en el primer cuatrimestre, 2007 vs. 2013.

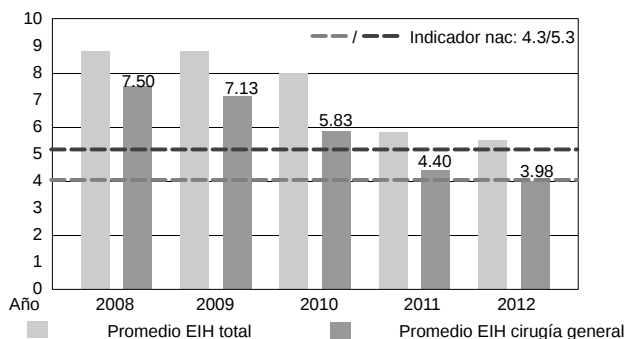


Figura 15-2. Promedio de días de estancia intrahospitalaria. Total y cirugía general. EIH: estancia intrahospitalaria.

salvaguardar la integridad física de los pacientes (figuras 15-4 y 15-5). El incremento de días de incapacidad se contrarresta con los beneficios obtenidos en el paciente al disminuir las amputaciones, lo que reduce la pensión definitiva y le permite al trabajador regresar a su entorno familiar y laboral, como se puede observar en los casos clínicos exitosos de este programa.

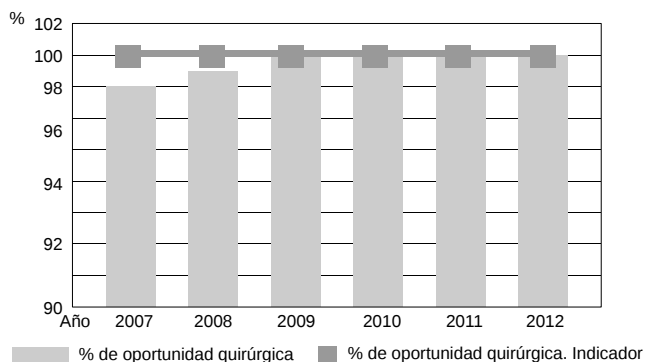


Figura 15-3. Porcentaje de oportunidad quirúrgica.

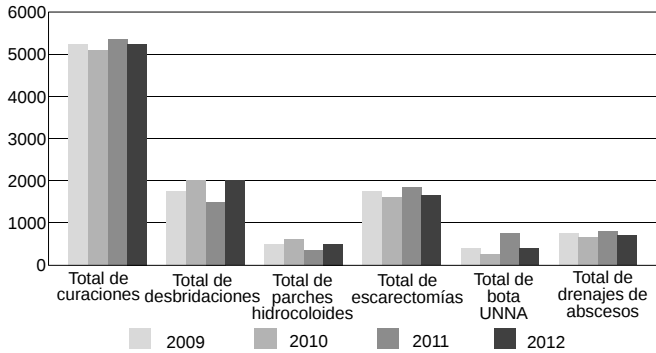


Figura 15-4. Total de procedimientos realizados en CPH, 2009 a 2012.

El mayor impacto en costos en la CPH se ha observado a través del ahorro significativo por cama hospitalaria, siendo de 2008 a 2012 de 167 756 millones de pesos (mdp), con un promedio de ahorro de alrededor de 30 mdp anuales en los últimos cinco años (figura 15-6).

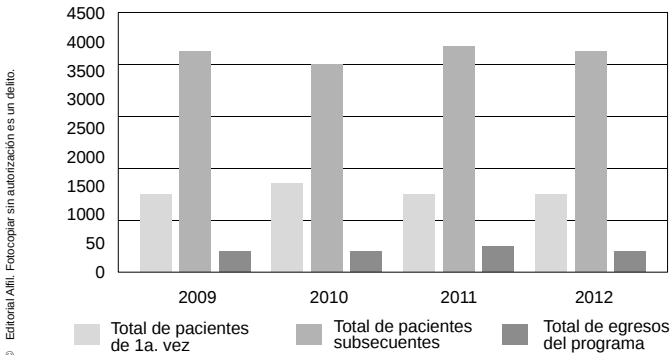


Figura 15-5. Total de pacientes atendidos en CPH, 2009 a 2012.

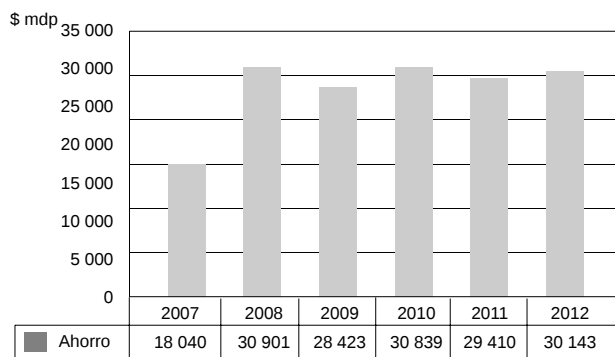


Figura 15-6. Importe ahorrado por programa de Clínica de Pie y Heridas, 2007 a 2012.

CASOS CLÍNICOS DE ÉXITO

CONCLUSIONES

- De los pacientes tratados en la CPH 80% fueron ambulatorios. Se redujo 89% la estancia hospitalaria, de 33.5 días a un promedio de 3.6 días en los



Figura 15-7. Caso 1. ARR paciente femenino.

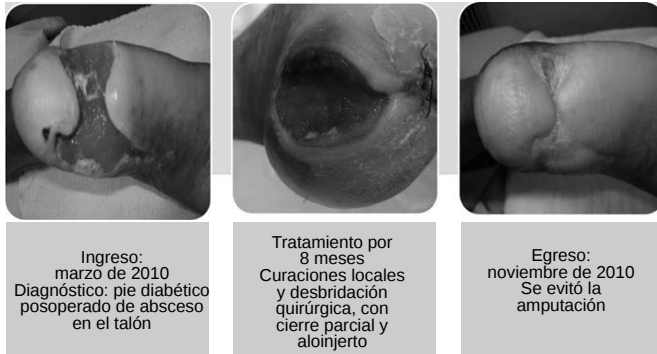


Figura 15-8. Caso 2. MGU paciente femenino.

pacientes que sufrieron amputación, aumentó la capacidad instalada hospitalaria y se ofertó un mayor número de camas para las especialidades médicas.

- Reducción de 60% en promedio del número de amputaciones realizadas.



Figura 15-9. Caso 3. RR paciente masculino.



Figura 15–10. Caso 4. RRFG paciente masculino.

- La satisfacción de la atención otorgada fue de 95 a 98% en el paciente y familiar.
- El costo evitado por atención hospitalaria en días cama significó un ahorro de 30 mdp anuales en los últimos cinco años.



Figura 15–11. Caso 5. VCG paciente femenino.

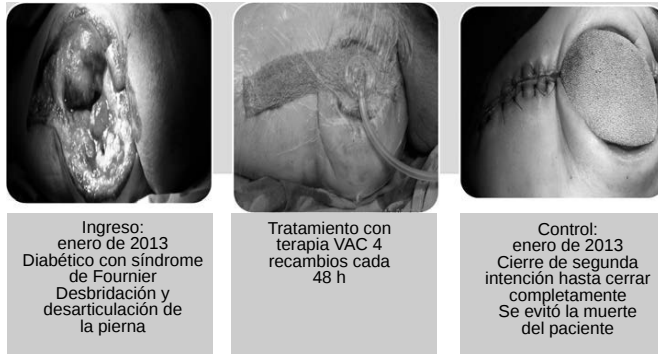


Figura 15–12. Caso 6. GZSM paciente masculino.

Impacto general

- Se ha mantenido la capacitación a más personal médico y de enfermería de la unidad en estas técnicas innovadoras; a su vez, este personal se ha encargado de capacitar a trabajadores de otras unidades de la región.
- En 2011 se efectuó una mejora de este proyecto, consistente en realizar las actividades de CPH “intramuros” encaminadas a prevenir las úlceras por decúbito intrahospitalarias y a limitar el daño de las ya adquiridas de manera extrahospitalaria. En este contexto se integró al equipo existente y otro enfermero capacitado y exclusivo para realizar la detección oportuna, la prevención y el tratamiento estandarizado de úlceras y heridas intrahospitalarias; asimismo, se incluyó la capacitación de los médicos internos de pregrado en el manejo de estas heridas y la educación a los familiares de los pacientes en el cuidado y prevención de heridas, contribuyendo a fortalecer las medidas de seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. OMS. <http://www.who.int/es/>.
2. DGIS/Salud México <http://www.sinais.salud.mx>.
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000, 2006 y 2012.
4. IDF: *Atlas de diabetes*. 4ª ed.

5. Secretaría de Gobernación. <http://www.dof.gob.mx/documentos/3868/Salud/Salud.htm>.
6. **Lazzarini P et al.**: Standardized practices improves ambulatory diabetic foot management and reduces amputations: the Queensland Diabetic Foot Innovation Project, 2006–2009. *J Foot Ankle Res* 4(1):25.
7. **Akhtar S, Schaper N, Apelqvist J, Jude E**: A review of the Eurodiale studies: what lessons for diabetic foot care? *Curr Diab Rep* 2011;11(4):302–309.
8. **Schaper NC**: Lessons from Eurodiale. *Diabetes Metab Res Rev* 2012;28(Suppl 1):21–6.
9. **Albert S**: Cost-effective management of recalcitrant diabetic foot ulcers. *Clin Pediatr Med Surg* 2002;19(4):483–491.
10. **Goicoechea PD**: Current status of the prevention, diagnosis and treatment of diabetic foot. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
11. Diabetic foot disease in European perspective. Result from the Eurodiale study.
12. **Syed Fahd Shah et al.**: Evaluation and management of diabetic foot: a multicenter study conducted at Rawalpindi, Islamabad. *Ann Pak Inst Med* 2011;7(4):233–237.
13. **Langer A, Rogowski W**: Systematic review of economic evaluations of human cell-derived wound care products for the treatment of venous leg and diabetic foot ulcers. *BMC Health Serv Res* 2009;9:115.
14. **Prompers L, Schaper N, Apelqvist J, Edmonds M, Jude E et al.**: Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease. The EURODIALE Study. *Diabetologia* 2008;51(5):747–55.
15. **Bradbury AW, Adam DJ, Bell J, Forbes JF, Fowkes FG et al.**: BASIL Trial Participants. Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) trial: a survival prediction model to facilitate clinical decision making *Vasc Surg* 2010;51(Suppl 5):52S–68S.
16. **Schaper NC, Andros G**: Diagnosis and treatment of peripheral arterial disease in diabetic patients with a foot ulcer. *Diabetes Metab Res Rev* 2012;28(Suppl 1):218–224.
17. **Lipsk BA, Peters BEJG**: Expert opinion on the management of infections in the diabetic foot. *Diabetes Metab Res Rev* 2012;28(Suppl):163–178.
18. Location: Geographic clustering of lower-extremity amputation with diabetes beneficiaries among medicare. *Diabetes Care* 34:2363–2367.
19. Guías ALAD: Pie diabético. *Rev ALAD* 2010;XVIII(2).
20. **España CG**: Enfermedad vascular periférica: isquemia de miembros inferiores. En: *Estudio de la incapacidad laboral por enfermedades cardiocirculatorias*. Madrid, 2000:11.
21. Los Estados Unidos de la diabetes: Desafíos y oportunidades de la próxima década. Documento de trabajo 5. United Health, 2010.
22. Executive summary: Standards of medical care in diabetes. ADA, 2013.
23. NHS Evidence diabetic foot problems. 2013.
24. **Boulton A, Armstrong D**: Comprehensive foot examination and risk assessment. *Diabetes Care* 2008;31(8):1679–1685.
25. **Davis WA, Norman PE**: The Fremantle Diabetes Study. Predictors, consequences and cost of diabetes-related lower extremity amputation complicating type 2 diabetes. *Diabetologia* 2006;49:2634–2641.

Propuesta de un modelo de vigilancia para mejorar la seguridad del paciente en un establecimiento de salud

Jesús Rafael Montesano Delfín, Óscar Fernández Ponce

INTRODUCCIÓN

¿Cuán segura para el paciente es nuestra unidad médica?

Un cierto nivel de riesgo y un indeterminado número de fallas son inevitables en cualquier hospital,¹ dada la complejidad de los padecimientos, las transiciones del cuidado y el número de trabajadores que prestan la atención clínica, así como su grado de competencia en la prestación de sus servicios. Esta situación se incrementa sustancialmente en las áreas hospitalarias de mayor actividad, cuando el paciente se encuentra en una situación crítica, o en la atención urgente. La mitigación y la prevención de los errores de consecuencias catastróficas dentro del sistema de salud que ponen en riesgo la integridad de un órgano, función, extremidad o la vida misma pueden ocurrir² si se cuenta con un modelo proactivo y permanente que busque el riesgo o la falla, de preferencia antes de convertirse en daño. Errar es humano, pero permitir la persistencia o recurrencia de errores prevenibles es inhumano en exceso.

El error parece un blanco móvil, esquivo, que “brinca aleatoriamente” del servicio de urgencias al quirófano, luego a terapia intensiva, después al piso de hospitalización, desfilando y desafiando a todas las áreas del hospital, afectando a la persona que encuentre a su paso, sea paciente, familiar, visitante o trabajador. Por lo tanto, se requiere un modelo de vigilancia que de manera regular detecte los elusivos riesgos y las astutas fallas del proceso de atención de salud.

Un clínico que anda por los pasillos del hospital o un administrativo que trabaja en la oficina se van a enterar “del error de la semana”, con rangos desde lo imperdonable por su naturaleza cotidiana hasta a lo excepcional por su rara posibilidad de aparición y sin más investigación. A veces de manera prejuiciosa, pero por lo menos imprudente, se juzga y condena al autor material del error, evitando de esta manera la investigación, la evaluación y el análisis de la falla. La búsqueda de culpables no deja enseñanza, sólo un recordatorio efímero, sin sustancia.

Hace tiempo, el jefe de un área de terapia intensiva tuvo a bien formar un “museo del error”. En él se mostraban las placas de rayos X de catéteres y tubos endotraqueales mal posicionados y una recopilación de complicaciones agudas, como neumotórax, quilotórax, hemotórax y otras menos comunes relacionadas con procedimientos invasivos inherentes al manejo del paciente grave. Era una rústica disuasiva para prevenir el error, porque en esa etapa de residente no queríamos ser parte de esa colección de evidencias de horror, para no obtener el regaño de nuestros profesores, la calificación reprobatoria, la extensión académica (guardia extra) y la crítica de nuestros pares y subalternos. Aun así, este *blame game* no resolvía, no estudiaba y mucho menos evitaba la “mala suerte” del operador clínico para la próxima aparición de daño en el paciente.

Por cierto, en esos días los dos datos de identificación del paciente incluían el número de cama y la patología aguda motivo del ingreso. Existía un obligado ritual de peregrinaje grupal matutino, en el que todos estaban a la expectativa de la dádiva de conocimiento o experiencia del guía del clan; cuando consideraba que eran merecedores de continuar sus tradiciones, era esa la manera de transmitir la medicina basada en la eminencia.

Los profesionales de la salud rechazan y hasta se ofenden cuando se les cuestiona acerca de la posibilidad de errores; su formación los asocia con inexperiencia, incompetencia y falta de profesionalismo, sin pensar que se les exige una imposible perfección en sus actos. Cuando de errores se trata, se cuenta con un aprendizaje de corto intervalo de duración y soluciones que remedian síntomas, y no con las investigaciones que resuelven problemas de fondo; por ejemplo, si se atiende a un paciente con dolor abdominal y a través de la historia y evolución del padecimiento, complementado por una exhaustiva revisión física, no se sospechó pancreatitis aguda desde el inicio, en las próximas dos semanas a todo paciente con sintomatología similar se le ordenarán amilasa y lipasa, ultrasonido, radiografías en diferentes posiciones y, por si las dudas, para confirmar o descartar, tomografía abdominal, sin olvidar los estudios de “rutina”. En ello se invierte el porcentaje de empleo de tiempo en la clínica, es decir, del interrogatorio y la exploración al uso mayor de servicios auxiliares de diagnóstico. Nadie preguntará cuántos estudios se realizaron, como la medicina no es una ciencia exacta, ya habrá manera de justificarlos. Respecto a los errores, nunca pasa nada, pero si alguna vez el error lo cometió el médico, entonces esa situación anecdótica lo mar-

cará de por vida y condenará a sus futuros pacientes, ya que no querrá tener el mismo error, anquilosando su pensamiento bajo disfraz de paradigma; por ejemplo, privilegiará la toma de hemogramas diarios a los pacientes, porque alguna vez a un paciente se le diagnosticó anemia aguda a través de un estudio de biometría hemática, con hemoglobina de 5.0 g/dL, y no vio que el paciente tenía deteriorados sus signos vitales y se encontraba pálido y diaforético; no se diga la omisión de la revisión del documento de enfermería donde estaba plasmado de manera gráfica el deterioro gradual, más que súbito.

- ¿Cuántos eventos adversos se reportan en su unidad?
- No tenemos.
- ¿Cuál es su tasa de infecciones nosocomiales?
- De menos de 1%.
- ¿Cuántos errores de medicación tienen?
- No hay.

Sin embargo, en EUA se reportan los siguientes datos:

- De 44 000 a 98 000 muertes al año por fallas en el sistema de salud.³
- Hasta 99 000 muertes por infecciones de origen nosocomial.⁴
- Hasta 106 000 muertes al año por reacciones adversas a medicamentos.⁵

Y esto sólo es la punta del témpano, porque no se agregan a estos datos los daños, las cuasifallas y mucho menos los riesgos en el sistema de salud.^{6,7}

En la actualidad se requiere madurar y consolidar el sistema de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela.⁸ Se ha notado que en los reportes la pirámide de Heinrich se transforma en un rombo, en el que la diagonal mayor está compuesta por los eventos adversos, la cúspide la conforman los eventos centinelas y el pico inferior lo crean las cuasifallas. Además, es difícil lograr que el indicador de reporte alcance el valor de referencia de 10% del número de egresos de un hospital. Así que mientras se incrementa la cantidad y la calidad del reporte se debe crear un sistema de múltiples componentes para salir a buscar al escurridizo malestar del establecimiento de salud, es decir, a la falla y al evento adverso incubado: el riesgo.

Mediante estadísticas publicadas se sabe lo que ocurre en otros sitios respecto al error, cómo se ha aprendido y mejorado a partir de la detección y análisis de riesgos y fallas.⁹ Por lo tanto, se debe obtener información propia y “tropicalizar” la problemática, y crear experiencia para que sea difundida, erigiendo una plataforma de información para que el error sea detectado o evitado.

Los riesgos, las fallas, los defectos, los incidentes y los errores se concatenan para actuar; es lo que se denomina modelo de “queso suizo” (James Reason). Esto se debe tomar en cuenta en el momento de la búsqueda de causas raíz del proble-

ma o riesgo.¹⁰ También son diversos los factores que influyen para la aparición de un evento adverso, los cuales son inherentes al paciente, a la tarea, al equipo, al individuo, a la organización, a la gerencia e inclusive la institución, así como la combinación de ellos.¹¹

Un 1% de estos eventos adversos puede ser 100% para alguien; para el personal médico es un número, pero para alguien puede y de hecho es la modificación permanente de su vida, la pérdida total de la confianza en el sistema de salud, representado por sus proveedores, los profesionales de la salud.

DEFINICIÓN

Sistema de vigilancia en un establecimiento de salud

Es la estrecha observación o supervisión que mediante una metodología estructurada detecta riesgos o problemas en un establecimiento de salud. No es sólo el monitoreo, sino una actividad intencionada, responsable, de búsqueda proactiva de fallas o riesgos, y de compromiso de un equipo multiprofesional, cuyo objetivo es contribuir a mejorar la cultura de seguridad del paciente a través de información analizada y priorizada, coordinando la atención a través de trabajadores, turnos, áreas, condiciones y pacientes.

La confianza o el temor de los trabajadores de la “línea de frente” o de los diversos niveles gerenciales para hablar de temas relacionados con riesgos, errores o incidentes serán útiles para apreciar el nivel de compromiso de los líderes del establecimiento de salud para apoyar la cultura de seguridad del paciente. Cabe mencionar que no sólo los deseos, sino más bien las acciones tomadas por iniciativa, son medidas de un cambio hacia la proactividad, requiriendo conocimiento, conciencia, competencia en la resolución del riesgo y empoderamiento dirigido. La seguridad del paciente debe ser responsabilidad y prioridad de todos los individuos que componen el sistema. La atención debe ser continua, coordinada, colaborativa, interactiva, no episódica ni fragmentada.

OBJETIVOS

- Tener bases teóricas y prácticas para elaborar un modelo de vigilancia en un establecimiento de salud, dedicado a buscar riesgos y fallas.
- Definir riesgos y fallas en un sistema de salud.
- Elaborar, implementar, evaluar y dar seguimiento a un modelo de administración de riesgos.

- Comprender la importancia de los factores transformacionales de la cultura de seguridad del paciente, es decir, liderazgo, estrategia, cambio y cultura.
- Fortalecer la cultura del registro y análisis del sistema VENCE II, las cuasi-fallas, los eventos adversos y los eventos centinela.

JUSTIFICACIÓN

La meta de la seguridad del paciente es crear un sistema de salud que disminuya la ocurrencia y el impacto de los eventos adversos, además de incrementar la recuperación de tales eventos. La dificultad se encuentra en pensar que la seguridad del paciente es un objetivo cada vez que un paciente ingresa a un establecimiento de atención médica, cuando en realidad debería ser ya un requisito preestablecido que garantice confianza al paciente y a los profesionales de la salud. La cultura de seguridad abarca actitudes, valores, creencias y aptitudes en un sitio de trabajo, enfocados en evitar daños, mitigarlos y aprender acerca de su causa.

En esta materia existe un espectro con tres componentes de comportamiento en fases o etapas a mencionar, que son la inactividad, la reactividad y la proactividad en la detección de fallas. La inactividad, que no es pasiva, es la primera etapa caracterizada por una indolente actitud hacia no querer ver, oír o hablar de las fallas, minimizando sus consecuencias o inclusive ocultándolas, y en el peor de los casos buscando culpables, ocasionando un deterioro mayor al sistema, al desmotivar el reporte y esconder la falla por miedo a las consecuencias para el trabajador.¹² La etapa intermedia de reactividad se manifiesta por acciones concretas a resolver eventos críticos, mediante la colocación de “curitas”, además de dejar en el “bateador” una sensación de satisfacción del deber cumplido y con esto la posibilidad de no profundizar en la resolución de fondo o la raíz del problema, por lo tanto, la inevitable perseverancia de la falla. En la etapa de proactividad un trabajo en equipo multiprofesional busca intencionalmente las fallas, les asigna una prioridad, analiza sus causas, las resuelve tomando en cuenta las alternativas disponibles, disminuye los riesgos, comunica las decisiones y acciones tomadas, evalúa los cambios y aprende del error, disminuyendo la probabilidad de recurrencia o detectando oportunamente su nueva aparición.

El paciente hospitalizado tiene una probabilidad de presentar un evento adverso de 6% por día o de transferir ese riesgo a alguien más, por ejemplo, al agregar un paciente y sobrepasar la capacidad instalada de atención se incrementa el riesgo de presentar un evento adverso a ese conglomerado de pacientes en un valor de 10%. Esto hace pensar si se debe dejar a un paciente “por seguridad” un día más o que la terapia “compasional” (pobrecitómetro) se transforme en terapia perjudicial.

La falla hay que detectarla en su fase más temprana, cuando todavía es un riesgo o cuando aún no ha producido daño, por eso la denominación de cuasifalla; ésta no necesariamente degenera en un evento adverso, sino que tiene la posibilidad de convertirse directamente en un evento centinela, por lo que se requiere un sistema de vigilancia proactivo, que indague intencionadamente el error. Este sistema puede ser iniciado por disparadores de búsqueda, tales como el sistema de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas, el proceso de reporte de quejas, el proceso de la unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria, la revisión de expedientes activos o cerrados, las reuniones de comités hospitalarios y el análisis de indicadores. Estas situaciones hacen parecer como si se estuviera a la expectativa de la falla, esperando y confiando en que alguien tenga noticias de lo que ocurre en la organización, a veces priorizando la problemática diaria detectada y no la falla oculta potencialmente letal. Por lo tanto, hay que salir a “cazar” al error.

La atención de la salud representa un deporte extremo, de alto riesgo y complejidad, por lo menos estadísticamente; es tan peligroso como un *bungee*. No es lo mismo ser proveedor que ser usuario; las perspectivas y los riesgos son diferentes; el paciente está indefenso y confía en el médico, mientras que éste supone o da por hecho situaciones en el establecimiento de salud, en sus procesos y en su capacidad de resolución.

El profesional de salud en un establecimiento tiene actividades independientes, interdependientes y dependientes, por lo que para un buen resultado es necesario conocer, y no suponer, cómo se integra el trabajo en equipo.

En diferentes estudios¹³ se barajan cifras de una o varias fallas por decena de oportunidades; baste como algunos ejemplos contabilizar el número de consentimientos informados incompletos, recetas ilegibles, expedientes en desorden, listas de verificación quirúrgica mal requisitadas y así sucesivamente, sabiendo que no todas las fallas se transforman en daño, pero un día lo harán, aunque nosotros no lo veamos.

La seguridad del paciente es un deporte en equipo, en el que cada individuo cuenta, convirtiéndose el grupo en multiprofesional, con ojos, oídos y manos para combatir al enemigo común, el error. Inclusive lo contrario también suele suceder, es decir, todos los procesos y todas las personas pueden repercutir de manera directa, concatenada, y traspasando barreras de seguridad, de ahí el modelo de “queso suizo” y el riesgo de transformarse en una situación funesta, o en ocasiones de manera indirecta —mediante el “efecto mariposa”— gestándose en un sitio, pero repercutiendo en otro lejano; de ahí que se debe tener un pensamiento sistémico, como si fuera un ser vivo; si un órgano falla mostrará signos y síntomas locales, pudiendo tener repercusiones generales.

A veces es necesario que después de un análisis se considere la reingeniería del proceso de la atención, siendo este el motor que dirige la sostenibilidad de la

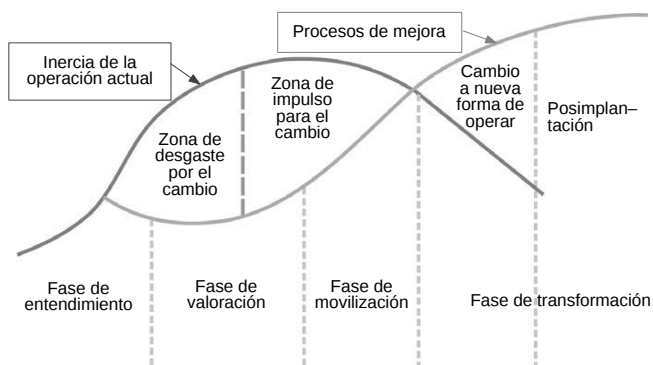


Figura 16-1. Fases de la administración del cambio cultural.

cultura de seguridad del paciente, pero esta máquina requiere mecanismos de cambio que la enciendan y mantengan, como conocimiento organizacional, habilidades y competencias clínicas, de liderazgo y gerenciales. Son requisitos esenciales para un cambio transformacional el liderazgo, la estrategia, el manejo del cambio y la mejora de la cultura organizacional, en particular, la cultura de seguridad del paciente. Estas intervenciones podrán y deberán ocurrir en diferentes niveles, empezando con el individuo, siguiendo con el equipo y terminando con la organización completa.

La ingeniería de factores humanos es la disciplina científica que estudia las capacidades y limitaciones humanas para el diseño de productos, procesos, sistemas y ambientes de trabajo.¹⁴

Un cambio verdadero requiere una transformación de la cultura vigente, toda vez que requiere un proceso de diferentes fases; a saber (figura 16-1):

- Entendimiento profundo del cambio esperado, sus impactos, las expectativas que genera y los principios y valores que lo rigen. En esta fase la alta dirección tiene conocimiento del tema, reconoce su diagnóstico de situación y decide implementar el modelo de vigilancia proactivo.
- Valoración para lograr que los involucrados comprendan los motivos, las razones del cambio y los objetivos, y estén dispuestos a aceptar el orden emergente. Aquí se profundiza en el conocimiento del sistema de vigilancia.
- Movilización requerida para que los involucrados estén preparados para operar bajo los nuevos criterios. En esta fase se enseña a los líderes o res-

pensables del despliegue el modelo a cumplir mediante la evidencia documental, así como a conducir los grupos de trabajo, los sistemas de registro, los análisis, la corrección de fallas y los procesos de mejora. En esta fase se consigue masa crítica, es decir, el mayor número de personas comprometidas con el proceso.

- Transformación que facilita la apropiación de lo implantado en la vida cotidiana organizacional, con el fin de consolidar la nueva forma de operar en el establecimiento de salud. Aquí, mediante “auditorías” cruzadas o supervisiones, se evalúa el avance del modelo, con el propósito de conocer el grado de madurez cultural.

La calidad en salud, tomando como referente el Instituto de Medicina de EUA, incluye una atención que debe ser eficiente, efectiva, oportuna, centrada en el paciente, equitativa y segura. En México se debe considerar la accesibilidad a la misma. Por lo tanto, la seguridad del paciente es un componente de la atención de calidad. La calidad cuesta, pero es mayor el costo de la mala calidad.

Para el sistema de vigilancia de seguridad del paciente se debe tomar en cuenta el proceso administrativo, recordando sus partes, planeación, organización, dirección y control, toda vez que servirá de ayuda para completar el modelo.

La planeación incluye:

- Formar equipos de seguridad del paciente.
- Determinar la composición y las funciones del equipo.
- Educar a los equipos en temas de seguridad.
- Dominar la taxonomía del error.
- Tener definiciones conceptuales y operativas de riesgos y daños, para contar con un vocabulario común.
- Aumentar el compromiso, la colaboración, el involucramiento y la comunicación entre la alta dirección, los ejecutivos, el personal administrativo, los supervisores, los trabajadores operativos y la línea de frente, en pro de la seguridad del paciente.

La implementación incluye:

- Elaborar una agenda de rondas de seguridad con personal experto y capacitado, encargado del proceso problemático o riesgoso.
- Tener un formato de registro de riesgos o problemas detectados.
- Agregar formatos de quejas, sugerencias o felicitaciones, y registro de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela.
- Analizar los datos obtenidos en el sistema VENCER II.

Al iniciar, el equipo conocerá la existencia un proceso compuesto de información, despegue, crucero, descenso y resumen.

Se determinará qué áreas o procesos prioritarios de riesgo serán tomados en cuenta, considerando problemas previos, quejas o situaciones de riesgo, por ejemplo, áreas críticas, servicio de urgencias, proceso de medicación, pacientes con complicaciones, estancias prolongadas, infecciones nosocomiales, Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, manejo del dolor, higiene de manos, comunicación, respuesta a las necesidades de atención del paciente, dispositivos invasivos, prevención de caídas, integridad dérmica, tromboprofilaxis, selección de antibióticos, seguridad y funcionamiento de equipos e instalaciones, abastecimiento de material e insumos y atención del paciente politraumatizado, del síndrome coronario agudo, de la paciente obstétrica grave, etc.

Al llegar al sitio, el líder o un integrante del equipo mencionará al equipo operativo y cuando sea pertinente al paciente y sus familiares, así como el objetivo de la visita; escuchará sus opiniones, sugerencias y percepciones relacionadas con la seguridad del paciente. Se debe decir claramente qué se necesita mejorar el sistema y la cultura de seguridad del paciente. La visita no tiene la finalidad de poner en duda la competencia, la experiencia o la intención del individuo en su relación con el riesgo o falla ni la búsqueda de culpables. También se mencionará que se requiere un aumento gradual de la cantidad y calidad del reporte de riesgos y errores.

En seguida se procede al registro de los riesgos o problemas detectados por el equipo de seguridad del paciente, o mencionados por el personal operativo.

En caso necesario se resolverán los eventos críticos que no puedan esperar, por ser riesgos inminentes para la seguridad del paciente.

Entonces, el equipo se trasladará a un área para llevar a cabo las siguientes actividades:

- Captura de los registros de riesgos o problemas.
- Clasificación o agrupación de defectos o riesgos; se observará su distribución de frecuencia o impacto.
- Otorgamiento de prioridades de análisis y resolución de acuerdo con un número crítico, resultado de la multiplicación de la gravedad por la frecuencia del riesgo o la falla.
- Análisis mediante herramientas de calidad de los defectos actuales o potenciales.
- Toma de decisiones de resolución mediante lluvia de ideas, en busca de alternativas basadas en la mejor evidencia disponible, mejores prácticas y escuchando la voz del frente de batalla.
- Transformación en acciones concretas mediante implementación de ciclos rápidos, empleando una guía de mejora.

El seguimiento incluye:

- Compartir la información de hallazgos y decisiones con la organización.
- Evaluar los cambios y su repercusión sobre otros procesos.
- Monitorear el progreso y hacer los ajustes necesarios.
- Hacer sesiones encaminadas a transmitir experiencia en seguridad del paciente a través de la comunicación de logros, historias o anécdotas.
- Ver modificaciones en la percepción de ejecutivos y operativos acerca del tema de seguridad del paciente.
- Detectar facilitadores y resistidores al cambio.

El error es ubicuo en los establecimientos de salud; sin embargo, se oculta bien, es sigiloso y está en espera de aparecer cuando menos se espera, por eso hay que cazarlo intencionadamente, antes de que este se transforme en daño. Cuando la falla emerge hay que aprender del error, lo cual brindará experiencia y disminuirá la probabilidad de persistencia o recurrencia, pero si no aprendemos seremos expertos en la comisión de errores.

SISTEMA DE VIGILANCIA. EMPLEO DE MEJORES PRÁCTICAS

Determinación de lo que hay que estudiar

El primer paso fue determinar la planeación del tópico a estudiar. Esta decisión no fue una tarea fácil y sirvió para guiar los siguientes pasos del proceso de implementación de mejores prácticas, escogiendo para este fin una unidad de atención ambulatoria por su capacidad de liderazgo, experiencia en planeación estratégica, conocimiento de la administración del cambio y por poseer una cultura favorecedora hacia la mejora continua. Se determinaron en la unidad seleccionada los procesos clínicos y administrativos clave, llegando inclusive a sus puntos críticos, escogiendo combinaciones de situaciones cuyas características de gravedad, frecuencia, impacto y factibilidad tuvieran una repercusión favorable sin precedentes. Se examinaron procesos de alto riesgo y proclives a fallas, reportes de eventos adversos, quejas, aspectos operativos diarios y recomendaciones regulatorias que sirvieran de fundamento para justificar la planeación e implementación de un modelo de administración de riesgos. Además, para apoyar el proyecto se hizo una búsqueda exhaustiva en la literatura y se observaron otras empresas del ámbito de salud que sirvieran de punto de comparación o guía para la tarea propuesta.

Los establecimientos de atención de salud no cuentan con un modelo de detección de riesgos o problemas, por lo que en una unidad de atención médica ambu-

latoria se adaptó un modelo de administración de riesgos, creando formatos, que ayudaran para la realización de cada una de las actividades de este proceso.

Se consideraron los siguientes puntos para emplear mejores prácticas: impacto sobre el paciente, necesidad de mejorar, urgencia de un cambio favorable, relación con el plan estratégico de la unidad, ayuda a la propuesta de valor identificada en la filosofía Institucional, frecuencia en la ocurrencia de fallas, probabilidad de éxito, impacto financiero empleando análisis de economía de la salud, satisfacción del usuario interno e involucramiento de líderes en la organización.

Creación de un equipo de mejores prácticas

En la propia unidad se seleccionó un equipo de trabajo e investigación de mejores prácticas, multiprofesional y colaborativo, caracterizado por mostrar un auténtico interés en mejorar las aptitudes y actitudes en toda la organización.

Este equipo realizó reuniones de trabajo, escogió un modelo de cambio organizacional, detectó facilitadores y removió resistencias al cambio, creó un plan de comunicación del proyecto, enganchó a líderes formales e informales, y gestionó y dedicó recursos con este propósito.

Para la selección de los integrantes también se consideró la trayectoria de los participantes, así como la fuerza de sus opiniones y el poder de decisión.

Organización del equipo de mejora

Las mejores prácticas requieren trabajar en equipo, incluyendo la colaboración, la contribución, las competencias, la comunicación y el consenso.

Se determinó aclarar a satisfacción al equipo los objetivos, las metas, la composición, las funciones, las necesidades de capacitación, la calendarización de las reuniones, las actividades del proceso, la selección del líder, los métodos presenciales o virtuales de comunicación, y el inicio, plazo y seguimiento del proyecto. Finalmente se elaboró un plan considerando la recolección de datos, su estratificación y agrupamiento, el análisis de la información, la toma de decisiones, la transformación en acciones, la evaluación del cambio y la agilidad del control.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La unidad de atención ambulatoria seleccionada no contaba con un modelo de administración de riesgos. La subcultura de reporte llegó a un estado de meseta,

ocasionando una insuficiente detección de eventos adversos, cuasifallas, incidentes, fallas y defectos. Por lo tanto, se consideró la necesidad de complementar a esta situación reactiva, la búsqueda proactiva e intencionada de riesgos o problemas. Se activó la planeación estratégica en todos sus pasos, determinando la visión, la misión, la situación vigente, las fortalezas, las debilidades, las amenazas, las oportunidades, las estrategias maestras, los escenarios, las matrices de posicionamiento y vulnerabilidad, y los planes funcionales, de proyecto, de implementación del plan, de revisión, de evaluación y de retroinformación.¹⁶

Fases del cambio

Se empleó como guía un modelo de administración del cambio para determinar en el plan y luego en el seguimiento las diferentes fases que la componen. Dichas fases fueron:

- **Fase 1:** entendimiento. Inicialmente se elaboró una evaluación, después se procedió a una conferencia acerca del modelo de administración del cambio, se explicaron definiciones conceptuales y operativas de fallas y riesgos, y se observaron los cambios de aprendizaje a través de una evaluación final.
- **Fase 2:** valoración. Se involucró a propósito personal operativo y directivo en la elaboración de un formato de identificación y calificación de riesgos. Se escogieron en conjunto definiciones operativas de problemas y riesgos. Se procedió a la difusión y despliegue de formatos. Se calificaron, clasificaron, estratificaron y priorizaron los hallazgos. Se analizó la información. La determinación en el usuario interno acerca del porqué y el para qué del proceso constituyó el eje en esta fase, así como el cuestionamiento del compromiso de los participantes para el cumplimiento del proceso de mejora.
- **Fase 3:** movilización. La masa crítica fue clave —un punto de inflexión en el cambio cultural—, así que mediante la lista de asistencias, número de formatos llenos y la participación de áreas, servicios y procesos se logró observar de manera objetiva esta fase.
- **Fase 4:** transformación. Los integrantes de la unidad de atención ambulatoria por iniciativa propia ayudaron a mejorar la calidad y la cantidad de formatos de identificación de riesgos o problemas, mostrando un interés real por la mejora de la unidad. Se apoyó el proceso mediante seguimiento y se capacitó al personal nuevo o al de menor participación.

METODOLOGÍA

1. Realización del diagnóstico situacional del proceso de administración de riesgos o problemas.

Cuadro 16-1. Identificación de riesgos y problemas

Paciente				
	Riesgo	Bajo	Mediano	Alto
Alto				
Mediano				
Bajo				

2. Búsqueda exhaustiva de información basada en evidencia, referente a mejores prácticas en la vigilancia de riesgos o problemas en los sistemas de salud.
3. Elaboración de mapa de riesgos en relación con los procedimientos y el tipo de pacientes (cuadro 16-1).
4. Elaboración, difusión y despliegue de un formato de identificación de riesgos o problemas (cuadro 16-2).
5. Elaboración, difusión y despliegue de un formato de calificación de riesgos o problemas (cuadro 16-3) y llenado del formato.
6. Elaboración, difusión y despliegue de un formato de mapa de riesgos y su tratamiento (cuadro 16-4).
7. Implementación del modelo de vigilancia multiprofesional de detección de riesgos y problemas.
8. Empleo de herramientas de calidad, para análisis de la información, especialmente diagrama de causa-efecto, gráfica de Pareto, cinco porqués, gráficos de mejora y gráficos de control.
9. Implementación de un modelo de mejora (figura 16-2).

Cuadro 16-2. Identificación de riesgos

Área o proceso	Situación o actividad	Consecuencia real o potencial

Cuadro 16-3. Calificación de riesgos y problemas

Área o proceso	Situación o actividad	Consecuencia real o potencial	Gravedad	Frecuencia	Número de riesgo

10. Selección de indicadores de proceso y de resultado, haciendo un símil de los signos vitales de la organización.
11. Reuniones calendarizadas para la toma de decisiones a través de estratificación, clasificación y priorización de riesgos y problemas.
12. Empleo, de acuerdo con las prioridades calificadas, de un modelo de mejora, de un plan estratégico emergente o exclusivamente de acciones de mejora acompañadas de barreras de seguridad.
13. Supervisión y seguimiento de acuerdos y compromisos.
14. Comunicación de los cambios. Retroinformación de la participación a directivos y operativos clínicos y no clínicos.

Cuadro 16-4. Calificación de riesgos y problemas

Frecuencia/ gravedad	1 a 2 imperceptible	3 a 4 leve	5 a 6 moderado	7 a 8 severo	9 a 10 crítico
9 a 10 frecuente	9 a 20	27 a 40	45 a 60	63 a 80	81 a 100
7 a 8 probable	7 a 16	21 a 32	35 a 48	49 a 64	63 a 80
5 a 6 ocasional	5 a 12	15 a 24	25 a 36	35 a 48	45 a 60
3 a 4 remoto	3 a 8	9 a 16	15 a 24	21 a 32	27 a 40
1 a 2 improbable/ en teoría	1 a 4	3 a 8	5 a 12	7 a 16	9 a 20
Riesgo inaceptable		Resolver inmediatamente		PEE/GM	
Riesgo inminente		Resolver rápidamente		PEE/GM	
Riesgo moderado		Resolver pronto		GM	
Riesgo aceptable		Resolver gradualmente		AM	

PEE: plan estratégico emergente; GM: guía de mejora; AM: acciones de mejora.



Figura 16-2. Modelo de mejora.

15. Capacitación constante, retroalimentación, ajustes y redirección del equipo de mejores prácticas.

RESULTADOS

Después de analizar 50 formatos de identificación y calificación de riesgos y problemas con 752 reportes de riesgos o problemas se determinó lo siguiente:

1. En el pilotaje inicial la calidad de la detección de fallas motivó la realización de definiciones operativas, además de que fue necesario enfatizar las conceptuales, toda vez que eran de poco impacto para la seguridad del paciente o inclusive para su satisfacción, al no ser perceptibles los cambios o ser triviales.
2. Los identificadores del riesgo o problema hacían más detecciones en otros servicios que en los propios, en un valor de 95%.
3. La gente exageraba las calificaciones del riesgo o problema, en un valor de 45%, con cifras en un rango categorizado como riesgo inaceptable, haciendo más difícil la priorización de acciones, ya que muchos hallazgos empataban en nivel de riesgo. Así que el aprendizaje consistió en determinar un referente mediante la selección de la peor situación, logrando entonces que los demás incidentes calificaran en categorías inferiores.

4. Disminución de la participación en la calificación del riesgo o problema en una sola exhibición, es decir, al calificar muchas fallas o riesgos, las personas (hasta 75%) mostraban desinterés por agobio, así que se determinó que los eventos de calificación fueran por áreas o procesos, limitando el número de calificaciones y logrando una participación más activa.
5. Sesgo en la visita de identificación o en la calificación del riesgo o problema, conducida por un personaje protagónico. Se modificó al tener diferentes dirigentes de la visita guiada e intervalos de participación limitados.
6. Disminución de riesgos inaceptables, en un valor de 50 %, mediante gestión del directivo y colaboración del operativo en un plazo corto.
7. Reconocimiento de los formatos de identificación y calificación de riesgos o problemas.
8. Conocimiento del modelo de mejora por parte de los participantes.
9. Empleo de herramientas de análisis de la información.
10. Toma de decisiones más ágiles —basadas en información analizada—, consensuadas y combinadas entre el operativo y el gerente de salud, y no autoritarias o generadas exclusivamente en la oficina directiva.
11. Supervisiones formales mediante listas de verificación o cédulas de cumplimiento como estrategia de seguimiento del cambio o detonadores de la detección de riesgos o problemas.
12. Mejora de la subcultura de reporte de eventos adversos, eventos centinela, o cuasifallas de un valor inicial menor de 3% a uno superior de 7%.

CONCLUSIONES

Por regla general, los establecimientos de salud, a pesar de ser organizaciones de alta complejidad, no emplean un modelo de administración del cambio. Si acaso confían en un sistema de reporte de eventos adversos, cuasifallas y eventos centinela, muchas veces insuficiente, en un contexto de cultura punitiva, en un ambiente proclive a la falla.

El empleo de un modelo de vigilancia proactivo multiprofesional de detección de riesgos y problemas, apoyado en estrategia, liderazgo y una cultura objetivo, hace más factible el logro de un cambio verdadero, promueve el trabajo en equipo, favorece la comunicación, la colaboración, la contribución y el desarrollo del talento, tanto de operativos, como de gerentes de Salud.

Retos

En este logro de mejora de la calidad de la atención, a través de un modelo de identificación proactiva y multiprofesional de riesgos o problemas, sigue siendo

necesaria la participación activa del personal clínico y personal administrativo, así como la resolución de estas situaciones de manera expedita, por medio de la gestión oportuna o anticipada, para que el riesgo no se convierta en falla y éste a su vez en daño, pero al mismo tiempo no desmotive el reporte al no cumplir con lo prometido o no comunicar las prioridades establecidas. Mejorar la cultura de seguridad del paciente, del trabajador y de la organización entera para ser congruentes con la filosofía institucional, encontrada específicamente en la misión y la visión. La responsabilidad y la priorización de la resolución de los hallazgos, es trabajo en equipo de todos los integrantes del sistema de salud; este modelo se puede convertir en una plataforma segura que otorgue confianza tanto a los proveedores como a los receptores de la atención de salud. No hay que olvidar que somos o algún día seremos pacientes.

REFERENCIAS

1. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.):** *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press; 2000.
2. Committee on Quality in Health Care in America, Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, National Academic Press, 2001.
3. Institute of Medicine: *To err is human: Building a safer health system*. Washington, National Academic Press, 2000.
4. *Preventing health care associated infections. CDC at work*. Centers for Disease Control and Infection. 2012.
5. **Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN:** Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279(15):1200–1205.
6. **Null G, Dean C, Feldman M, Rasio D, Smith D:** *Death by medicine*. Axios Press, 2011.
7. **Weingart SN, McL Wilson R, Gibberd RW, Harrison B:** Epidemiology of medical error. *West J Med* 2000;172(6):390–393.
8. **Vincent C, Stanhope N, Crowley MM:** Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999;5(1):13–21.
9. **Naessens JM, Campbell CR, Huddleton JM, Berg BP, Lefante JJ et al.:** A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *Int J Quality Health Care* 2009;21(4):301–307.
10. **Reason J:** *Human error*. Boston: Cambridge University Press; 1990.
11. **Vincent C:** *Patient safety*. Londres, Elsevier, 2006.
12. **Moore TJ, Psaty BM, Furberg CD:** Time to act on drug safety. *JAMA* 1998;279(19):1571–1573.
13. **Cullen DJ, Bates DW, Small SD, Cooper JB, Nemeskal AR et al.:** The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv* 1995;21(10):541–548.
14. **McEllin S:** MBA comunicación personal.
15. Consultores en Desarrollo Estratégico: Modelo de cambio cultural.
16. **Montesano DJR:** *Guía para elaborar e implementar la planeación estratégica en un establecimiento de salud*. Montesano-González, 2012.

Vigilancia epidemiológica para prevenir infecciones nosocomiales asociadas a procesos invasivos

Luis Fernando Aguilar Castillejos, José Rafael Castillo Aguilar, Carolina Elizabeth Medina Escobedo, Roberto Manuel Cedillo Rivera, Lizbeth María Cauich Méndez, Isabel del Socorro Carrillo Díaz

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud. Los eventos adversos son la alerta sobre la existencia de una atención insegura, que se presenta en cualquier actividad y es un indicador fundamental de la calidad del servicio.¹ La calidad de la atención médica es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener mejores resultados con base en las buenas prácticas.² Para optimizar el desempeño y mejorar la calidad se ha utilizado una metodología con eje en un enfoque sustentado en estándares y reconocimiento, la cual consiste en la utilización sistemática, consistente y efectiva de mejores prácticas de atención y de gestión para el óptimo funcionamiento de los servicios, y cumplimiento de los objetivos.³

Las buenas prácticas en el sistema de salud estandarizan y orientan la labor del equipo multidisciplinario, de modo que los usuarios de los servicios de salud reciben atención de calidad;⁴ representan estrategias y acciones novedosas que producen mejoras significativas en las prácticas lo cual logra prevenir, mitigar o revertir eventos adversos, promueve el trabajo colaborativo activo y tiende a estabilizar la operatividad del sistema. Después de la implementación de buenas prácticas se observan resultados que tienden a ser significativos y tangibles, reflejándose en la mejora del sistema y, en particular, en la disminución de los riesgos y mejor control de las infecciones nosocomiales.

El riesgo, en general, hace referencia a la posibilidad de que ocurra un daño o resultado adverso; sobre todo en el campo de la clínica se utiliza para indicar la probabilidad de que los individuos que están expuestos a ciertos factores (factores de riesgo) desarrollen posteriormente una enfermedad determinada.⁵ En este contexto, la gestión de riesgos implica estudiar los eventos adversos derivados de la atención a la salud mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar e implementar acciones para su prevención.⁶ Una estrategia que se ha constituido como instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que se brindan en los hospitales es la vigilancia epidemiológica,⁸ la cual está orientada a privilegiar la identificación, detección, notificación, investigación y clasificación de las enfermedades. La calidad de la información obtenida y la oportunidad en la detección y notificación son elementos básicos para la búsqueda intencionada de la relación que guardan los factores condicionantes de las enfermedades. Esta información transformada en conocimiento orienta a la toma de decisiones al priorizar los procesos y procedimientos de mayor riesgo y los servicios de hospitalización en los que se practican frecuentemente.⁹

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Las instituciones de salud deben identificar de manera sistemática las condiciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente con un enfoque integrador, y de prevención, con el propósito de impulsar continuamente la prevención del daño evitable en el paciente.¹⁰ Para lograr este propósito se utiliza como estrategia la vigilancia epidemiológica, la cual se define como el conjunto de actividades interrelacionadas que permiten el estudio permanente y dinámico del comportamiento, la frecuencia y la distribución de las enfermedades, condiciones clínicas y factores de riesgo asociados a las entidades patológicas, para obtener conocimientos oportunos, completos y confiables del estado de salud que guardan los pacientes, los visitantes y el personal de salud, con el propósito de establecer medidas de tratamiento, prevención y control adecuados.¹¹ Desde el punto de vista técnico, es una actividad que consiste en la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud, su procesamiento y análisis, así como su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y control de los riesgos o daños correspondientes en enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y a las infecciones nosocomiales.¹¹

Los factores de riesgo de sufrir infecciones nosocomiales son condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia, entre las que se encuentran el diagnóstico de ingreso, la enfermedad de base o enfermedades concomitantes del pa-

ciente, el área física, los procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos relacionados con la atención médica, el sistema hospitalario y sus políticas, el paciente mismo, la presencia de microorganismos o sus toxinas, y la falta de capacitación, de disponibilidad del personal y de evaluación, además del abasto oportuno y suficiente de insumos y la estandarización de los procesos y la calidad de éstos.⁹ La vigilancia sistemática y activa para identificar, clasificar, notificar y consignar las infecciones nosocomiales requiere un permanente estado de alerta del personal de salud que permita implementar acciones para evitar o disminuir el desarrollo de infecciones nosocomiales.¹¹ En la Unidad Médica de Alta Especialidad de Mérida, Yucatán, con el objetivo de la mejora continua de la calidad de la atención, se trabajó sobre la metodología de la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales para garantizar la calidad en la atención, al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la prevención, identificación temprana y el estudio de las infecciones en la unidad.¹²

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES ASOCIADAS A PROCESOS INVASIVOS

En el ámbito hospitalario la vigilancia epidemiológica se ha enfocado principalmente en eventos o casos ya ocurridos; sin embargo, cada vez cobra mayor fuerza la necesidad de hacerlo también sobre los factores de riesgo que son causa o facilitan la ocurrencia de enfermedades o condiciones clínicas de riesgo; en México se describen cuatro causas de infecciones asociadas a procesos invasivos relacionados con la atención médica: Neumonías asociadas a la ventilación mecánica, bacteremias asociadas a la terapia intravenosa, infecciones de las vías urinarias asociadas a sondas vesicales e infecciones de heridas quirúrgicas que se presentan en 66% del total de los episodios de infecciones nosocomiales.^{8,13}

La infección nosocomial (IN) es la condición localizada o sistémica que resulta de la reacción adversa a un agente infeccioso o su toxina, que se presenta durante el ingreso hospitalario después de las 72 h y que no se presentaba en un periodo de incubación en el momento de su ingreso. También cuando se detecta 48 h posteriores a su alta del hospital.¹⁴

Las IN son la complicación más común que afecta a los pacientes hospitalizados, de los cuales entre 5 y 10% adquieren una o más infecciones durante su hospitalización. El Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades reporta que casi dos millones de pacientes experimentan una infección nosocomial cada año, dando lugar a casi 100 000 muertes, de cuales 32% (562 000) son infecciones del tracto urinario, 22% (290 000) son infecciones del sitio quirúrgico, 15%

(250 000) son infecciones pulmonares y 14% (249 000) son infecciones del torrente sanguíneo.¹⁵

Las infecciones nosocomiales más frecuentes en los hospitales del IMSS reportadas en 2009 son las bacteremias por líneas vasculares (21%), la infección en sitio quirúrgico (21%), la neumonía (12%), las infecciones de las vías urinarias (10%), las infecciones de las vías respiratorias (6%), la peritonitis (4%), la conjuntivitis (3%) y otras (21%).⁵ Por lo general se presentan en los servicios de terapia intensiva, pediatría, cirugía y medicina interna.¹⁶

Las infecciones nosocomiales de algún modo reflejan el tipo de atención que el personal de salud proporciona en un hospital. Es por ello que el conocimiento sobre las tasas de infección nosocomial permite establecer medidas de prevención.¹⁶ Es importante considerar que cada unidad hospitalaria debe conocer la epidemiología y microbiología de sus infecciones nosocomiales.

Enseguida se describe un estudio que se realizó con el propósito de conocer la epidemiología de las IN en neonatos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.

En la Unidad Médica de Alta Especialidad de Mérida en 2006 se detectaron y confirmaron 359 infecciones nosocomiales en 6 002 pacientes egresados del hospital, lo que representó una incidencia anual de 5.9 por cada 100 egresos hospitalarios. Esta tendencia se observó en 2007 con una tasa anual de 6.4, en 2008 de 5.9 y en 2009 con una incidencia anual de 6.1 por 100 egresos respectivamente (cuadro 17-1).

En el mismo periodo se confirmaron en promedio 356 infecciones nosocomiales anuales, con una tasa de incidencia acumulada de 2006 a 2009 de 6.1 por 100 egresos hospitalarios; se observó la misma tendencia con el método de vigilancia utilizado en un periodo de cuatro años (figura 17-1).

Después del análisis de los resultados y de la evaluación de los indicadores de frecuencia obtenidos en el periodo se determinó la modificación del método de la vigilancia epidemiológica, el cual consideró tanto a los pacientes con casos probables y confirmados de infección nosocomial como a pacientes expuestos a factores de riesgos relacionados con la atención médica y asociados a infecciones nosocomiales.

La estrategia se implementó en enero de 2010 en las unidades de cuidados intensivos, debido a que en éstas se observó la mayor frecuencia y ocurrencia de las infecciones nosocomiales asociadas a procesos invasivos relacionados con la atención médica, con el propósito de realizar el seguimiento clínico y epidemiológico a pacientes expuestos a procesos invasivos vinculados con las infecciones nosocomiales desde el primer día de exposición a la ventilación mecánica, el catéter venoso central o la sonda vesical, y a pacientes posoperados. Para implementar el seguimiento se diseñó un instrumento en el que se consignaron los datos de identificación del paciente, el diagnóstico y la fecha de ingreso, así como

Cuadro 17-1.

Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Incidencia anual	Incidencia acumulada	Total de infecciones	Egresos hospitalarios
2006	6.7	4.6	8.8	5.1	6.6	6.4	3.8	6.1	7.6	5.2	6.5	4.5	6.0	6.0	359	6 002
2007	6.6	9.7	10.0	7.1	5.6	5.6	7.6	8.3	7.4	3.9	3.4	2.4	6.4	6.2	369	5 785
2008	6.7	4.8	5.2	6.7	4.6	6.8	7.2	7.1	5.7	3.9	5.7	5.5	5.9	6.1	338	5 737
2009	9.3	7.5	5.9	5.6	5.6	3.1	7.5	4.2	4.1	4.6	8.4	8.2	6.1	6.1	358	5 824

*. Tasa por cada 100 egresos hospitalarios.

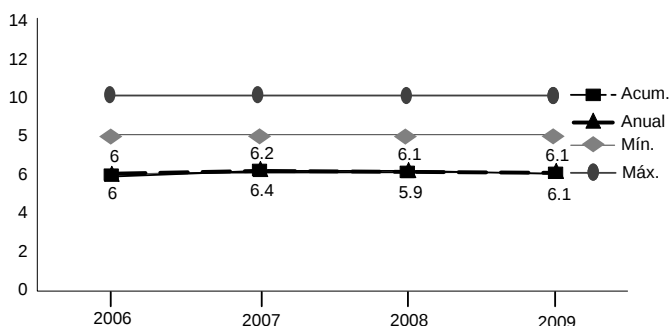


Figura 17-1. Tasas de incidencia anual y acumulada de infecciones nosocomiales, UMAE, Yucatán, 2006 a 2009. * Tasas por cada 100 egresos hospitalarios.

la fecha de instalación y retiro del catéter, la fecha de detección de la infección en caso de haber ocurrido y la fecha de egreso hospitalario.

Al término del mes de diciembre de 2010 se habían identificado 550 infecciones nosocomiales, 192 infecciones más que el año inmediato anterior, lo que representó un incremento de 53% en el número de infecciones detectadas; la tasa de incidencia anual para 2010 fue de 10.2 por 100 egresos y la incidencia acumulada fue de 6.9 por 100 egresos. El aumento del número de casos de infecciones nosocomiales se explicó por el cambio en la metodología de la vigilancia epidemiológica al iniciar la observación de los pacientes desde el primer día de la exposición (día cero) y en la oportunidad de observar otros factores condicionantes relacionados con las infecciones nosocomiales en los pacientes hospitalizados. Es decir, se mejoró la identificación y el registro de las IN.

Los resultados y las tasas de incidencia por 1 000 días de exposición al factor de riesgo y la densidad de incidencia por 1 000 días de estancia hospitalaria se presentan en el cuadro 17-2.

Asimismo, se determinaron e identificaron los diferentes riesgos por unidad de cuidados intensivos, el número de pacientes expuestos, los días de exposición a los diferentes factores y el periodo en días necesarios para alcanzar los 1 000 días de exposición, lo que permitió establecer y priorizar las acciones de prevención específicas y de control de acuerdo con los protocolos establecidos.

En 2011 se ampliaron la cobertura, el seguimiento y el control de los pacientes expuestos en los diferentes servicios de hospitalización.

Entre enero de 2010 y diciembre de 2012 se detectaron 172 neumonías asociadas a la ventilación mecánica, con 12 624 días de intubación, con tasas anualiza-

Cuadro 17-2.

Ventilación mecánica	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2013
Inf. asociadas (neumonías nosocomiales)	8	6	5	2	1	11	3	11	2	7	9	4	69
Días de exposición a ventilador mecánico	212	290	354	408	304	363	297	391	303	284	383	229	3 818
Tasa por 1 000 días ventilador	37.7	20.7	14.1	4.9	3.3	30.3	10.1	28.1	6.6	24.6	23.5	17.5	18.1
Tasa acumulada por 1 000 días	37.7	27.9	22.2	16.6	14.0	17.1	16.2	17.9	16.8	17.5	18.1	18.1	
Terapia intravenosa													
Catéter venoso central	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2013
Infecciones asociadas (bacteremias)	1	1	1	0	0	2	1	1	1	0	2	1	11
Días de exposición a catéter venoso central	659	1 185	1 464	1 302	1 391	1 314	1 665	1 813	2 048	1 774	1 691	1 407	17 713
Tasa por 1 000 días de catéter venoso central	1.5	0.8	0.7	0.0	0.0	1.5	0.6	0.6	0.5	0.0	1.2	0.7	0.6
Tasa acumulada por 1 000 días	1.5	1.1	0.9	0.7	0.5	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6	
Catéter vesical	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2013
Infecciones asociadas (inf. vías urinarias)	1	1	0	1	0	0	2	0	2	3	1	1	12
Días de exposición a catéter vesical	250	534	530	208	166	277	418	475	559	497	491	549	4 954
Tasa por 1 000 días de catéter vesical	4.0	1.9	0.0	4.8	0.0	0.0	4.8	0.0	3.6	6.0	2.0	1.8	2.4
Tasa acumulada mensual por 1 000 días	4.0	2.6	1.5	2.0	1.8	1.5	2.1	1.7	2.0	2.6	2.5	2.4	
Días de estancia hospitalaria	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2013
Infecciones nosocomiales	32	39	35	36	28	52	45	55	56	50	61	61	550
Días de estancia hospitalaria	3 209	3 838	3 460	3 659	3 404	3 529	3 224	3 744	3 885	3 737	4 115	3 583	43 387
Densidad de incidencia	10.0	10.2	10.1	9.8	8.2	14.7	14.0	14.7	14.4	13.4	14.8	17.0	12.7
Tasa por 1 000 días de estancia hospitalaria	10.0	10.1	10.1	10.0	9.7	10.5	11.0	11.5	11.8	12.0	12.3	12.7	

Fuente: Informe mensual INOSO, UVEH.

Cuadro 17-3.

Infección nosocomial	2010	2011	2012	2010 – 2012	Variación
Neumonías	18.1*	15.4*	9*	13.6*	- 9.1
Bacteremias	0.6*	0.4*	1*	0.6*	+ 0.4
Infecciones de vías urinarias	2.4*	3.6*	3.1*	3*	+ 0.7
Líneas vasculares	0.6*	5.9*	5.2*	4.4*	+ 4.6

* Tasa por 1 000 días de exposición al factor de riesgo.

das de 18.1, 15.4 y 9.0, tasa acumulada de 2010 a 2012 de 13.6 por 1 000 días ventilador (cuadro 17-3), promedio diario de 12 pacientes expuestos y promedio mensual de 350 días ventilador (figura 17-2).

Se detectaron 31 bacteremias asociadas a catéter venoso central en 48 898 días de exposición, con tasas anualizadas de 0.6, 0.4 y 1.0, una tasa acumulada de 2010 a 2012 de 0.6 por 1 000 días de catéter venoso central (cuadro 17-3), un promedio diario de 36 pacientes expuestos y un promedio mensual de 1 350 días de catéter venoso central (figura 17-3).

Se identificaron 314 infecciones nosocomiales relacionadas con la terapia intravenosa (catéteres periféricos) en 29 201 días de exposición, con tasas anualizadas de 0.6, 5.9 y 5.2, con una tasa acumulada de 2010 a 2012 de 9.0 por 1 000 días de terapia intravenosa (cuadro 17-3), con un promedio diario de 70 pacientes expuestos y un promedio mensual de 820 días de catéter periférico (figura 17-4).

Se detectaron 44 infecciones de las vías urinarias asociadas a sonda vesical en 14 435 días catéter vesical, tasas anualizadas de 2.4, 3.6, y 3.1, y tasa acumulada

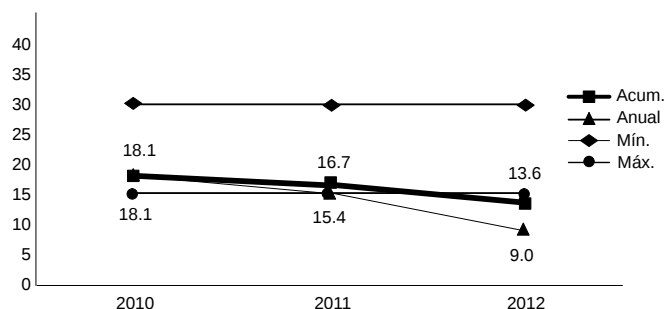


Figura 17-2. Tasas de incidencia anual y acumulada de neumonías asociadas a ventilación mecánica, UMAE, Yucatán, 2010 a 2012. Valor de Referencia: 15 a 30 neumonías por 1 000 días ventilador.

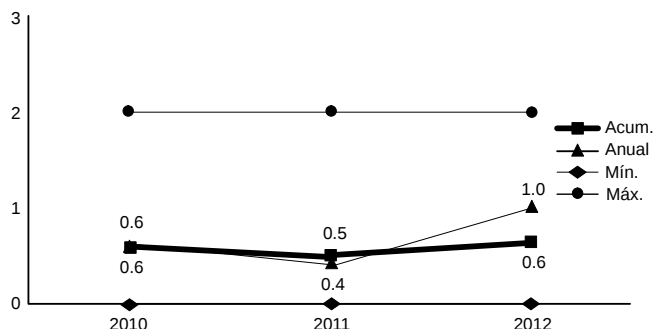


Figura 17-3. Tasas de incidencia anual y acumulada de bacteremias asociadas a catéter venoso central, UMAE, Yucatán, 2010 a 2012. Valor de referencia: < 2 por 1 000 días catéter central

en 2010 a 2012 de 3.0 por 1 000 días de catéter vesical (cuadro 17-3), con un promedio diario de 15 pacientes expuestos y un promedio mensual de 400 días de exposición (figura 17-5).

La implementación de esta metodología en la vigilancia epidemiológica permitió obtener mejores criterios de clasificación y encontrar la recuperación del

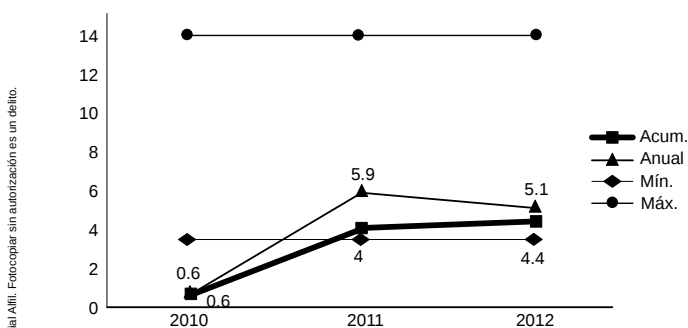


Figura 17-4. Tasas de incidencia anual y acumulada de infecciones asociadas a líneas vasculares, UMAE, Yucatán, 2010 a 2012. Valor de referencia: 3.5 a 14 por 1 000 días de catéteres venosos periféricos y centrales.

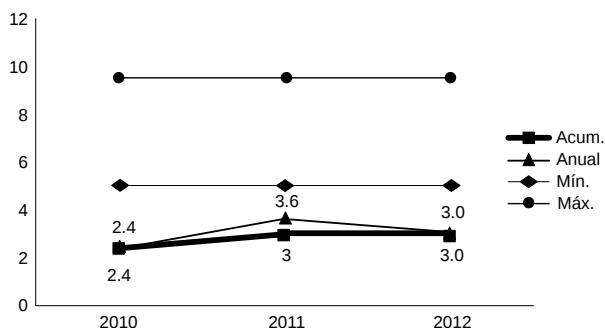


Figura 17-5. Tasas de incidencia anual y acumulada de infecciones de vías urinarias asociadas a catéter vesical, UMAE, Yucatán, 2010 a 2012. Valor de referencia: 5 a 9.5 por 1 000 días de catéter vesical.

incidente. De esta manera se obtuvo la diferencia entre las tasas en el primer año de estudio y el último año de la evaluación.

La variación observada de las tasas de incidencia muestran las diferentes tendencias en el comportamiento de las infecciones nosocomiales asociadas a los procesos invasivos.

La tasa de incidencia de las infecciones nosocomiales en 2010 fue de 10.2 por 100 egresos hospitalarios y en 2012 de 9.1 por 100 egresos hospitalarios, lo que representa una disminución de 10.7 puntos porcentuales (figura 17-6).

Con esta experiencia se considera que los riesgos deben ser identificados de manera permanente a partir de múltiples fuentes en tiempo real. El análisis de riesgos documentado sirve para proporcionar el contexto de toda la unidad, permitiendo alinear sus estrategias hacia una cultura Institucional enmarcada por un enfoque en el sistema y utilizar los datos de la evaluación de riesgos para crear una cultura de seguridad en el paciente.¹⁵

Los informes obtenidos han demostrado de forma consistente que el riesgo de complicaciones e infecciones nosocomiales disminuyen con la estandarización de cuidados asépticos, el lavado de manos adecuado, la técnica correcta en los procedimientos y los equipos de profesionales capacitados en el manejo de líneas vasculares, ventilación mecánica y cuidados de sondaje vesical.¹⁸ Por otro lado, se observó que la participación del personal de salud es fundamental en la prevención y control de las infecciones nosocomiales, porque lleva a cabo actividades y procedimientos con estricto apego a los lineamientos de cada proceso en torno a los cuidados de los principales factores de riesgo.¹⁹

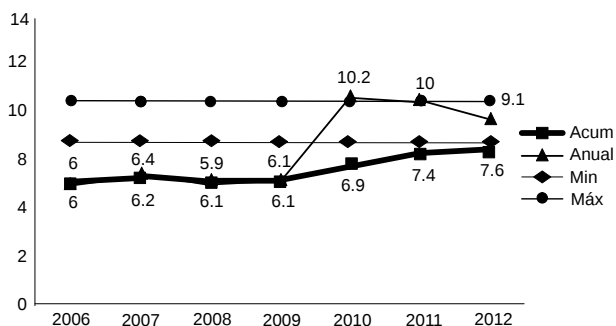


Figura 17-6. Tasas de incidencia de infecciones nosocomiales anual y acumulada, UMAE, Mérida Yucatán, 2006 a 2012. Valor de referencia: de 8 a 10 por 100 egresos hospitalarios.

El registro, la detección y la notificación de los factores de riesgo que inciden en la frecuencia de infecciones nosocomiales es tarea cotidiana, invaluable y esencial en la vigilancia epidemiológica, y son indispensables para confirmar datos relativos a las condiciones de los pacientes en riesgo y guiar las actividades cotidianas para su cuidado.²⁰ La información generada de la vigilancia epidemiológica a través de la observación e interacción con el paciente, la revisión de las notas de evolución, el registro en las hojas de enfermería y el análisis de cultivos tiene utilidad clínica, estadística y de salud pública.^{21,22} En este sentido, es fundamental la coordinación del equipo multidisciplinario en la vigilancia epidemiológica, así como también el liderazgo del Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales para evitar o disminuir los riesgos en la ocurrencia de las infecciones nosocomiales.¹⁸

CONCLUSIONES

La modificación del método utilizado en la vigilancia epidemiológica permitió mejoría en el control de los procesos invasivos en los pacientes expuestos, al realizarse simultáneamente la vigilancia epidemiológica activa y el seguimiento clínico, así como mejoría en la aplicación de los procedimientos y protocolos de manejo establecidos en la instalación y permanencia de los factores de riesgo, en la oportunidad en la confirmación de casos y en la identificación oportuna en los

cambios en la microbiología hospitalaria. El reconocimiento del riesgo, la manera de caracterizarlo y medirlo, y la confirmación de su asociación entre la exposición y la enfermedad son, sin duda, información valiosa para la vigilancia epidemiológica, lo cual contribuye a la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes.

Las infecciones nosocomiales tienen un fuerte impacto social y económico, y representan un desafío creciente en las unidades hospitalarias. Esta condición justificó la modificación del método de la vigilancia epidemiológica para la atención médica segura. La implementación de la vigilancia de los factores de riesgo permitió el fortalecimiento y desarrollo de programas para la prevención y control de infecciones nosocomiales dentro de la Unidad Médica de Alta Especialidad, los cuales han reducido en forma importante la incidencia de las infecciones nosocomiales.²⁴ En este caso representó una disminución de 10.7 puntos porcentuales en las tasas de incidencia de las infecciones nosocomiales por 100 egresos hospitalarios.

Se considera que al realizar la vigilancia epidemiológica con este método de seguimiento intencionado de los pacientes con factores de riesgo es posible que se presente un fenómeno conocido como reactividad psicológica,²⁵ la cual se refiere al cambio de la conducta o comportamiento de los individuos cuando sospechan que están siendo observados,²⁵ lo que de alguna manera contribuye al mejor cumplimiento de los protocolos de atención médica segura.⁹

Adicionalmente, el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales de la Unidad Médica de Alta Especialidad de Mérida trabaja con base en el concepto de recuperación del incidente, proceso mediante el cual se identifica, comprende y corrige un factor de riesgo contribuyente y asociado a infecciones nosocomiales, con lo que se impide que el riesgo evolucione hacia un incidente relacionado con la seguridad del paciente, lo cual denota la responsabilidad y el compromiso del personal de salud de la unidad para trabajar hacia una mejora continua de la calidad de la atención médica.²⁶

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia: *Guía técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*. Bogotá, 2010.
2. Donaldson MS: *Measuring the quality of health care: a statement of the national roundtable on healthcare quality division of healthcare services*. National Academy Press, 1999.
3. Ministerio de Salud: *Guía de buenas prácticas del desempeño*. 1ª ed. Perú, 2010.
4. Piego JH: *Gerencia basada en estándares y reconocimiento. Una guía de campo. Un enfoque para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud*. EUA, 2005.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Breviario para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales*. 2010.
6. Suárez OF: Riesgo y probabilidad: consideraciones conceptuales en la intersección ambiente, genes y cultura. *Rev Salud Bosque* 2012;2:39–54.

7. Ministerio de Salud: *Metodología para la prevención y manejo incidentes críticos en seguridad de la atención*. Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), 2009.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales. *DOF* 2009.
9. *Norma que establece las disposiciones para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Clave 2000-001-020. IMSS, 2012.
10. National Quality Forum: *Safe practices for better healthcare-2010 update: a consensus report*. Washington, NQF, 2010.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica. *DOF* 2013.
12. **González M, Novalés G**: La importancia del comité de prevención y control de infecciones nosocomiales. *Enf Inf Microbiol* 2006;26:82-85.
13. **De Cicco L, Schachner B, Giraud N, Marcó del Pont J, Schnitzler E et al.**: Implementación de un sistema de vigilancia activa de infecciones intrahospitalarias en una unidad de cuidados intensivos pediátrica. *Arch Argent Pediatr* 2005;103:118-128.
14. **Herrera O, Castellanos R, Prendes E, Casanueva H, Carballo G**: ¿Son las infecciones intrahospitalarias un diagnóstico pensado? Instituto de Seguridad y Servicios Sociales. *Rev Esp Med Quir* 2003;8:30-35. <http://redalyc.uaemex.mx>.
15. National Quality Forum: *Safe practices for better healthcare-2010 update: a consensus report*. Washington, NQF, 2010.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Las actividades del epidemiólogo en el comité de infecciones nosocomiales (diapositiva)*. México, 2004. www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-6-20.
17. **Ayala M**: *Estudio prospectivo de la incidencia de infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales*. Tesis doctoral. Barcelona, 2003.
18. **González N, Castañeda J, Narváez L, Saltigeral P, Rodríguez M et al.**: Impacto de la disminución de las infecciones nosocomiales en neonatología. *Salud Públ Méx* 2010;52:290-291.
19. **Gutiérrez B, Martínez R, González N, Saltigeral P, Macías M**: Infecciones intrahospitalarias. En: *Infectología neonatal*. México, Trillas, 2000:313-316.
20. **Aguilar M, García B, Hernández I, Rosas M**: Las infecciones nosocomiales: registrar para prevenir. *Rev Enferm IMSS* 2004;12:89-92.
21. **García L**: *Comportamiento clínico y epidemiológico de las Infecciones nosocomiales en la Unidad de Neonatología del Hospital Materno Infantil "Fernando Vélaz Paiz" en el periodo de enero a diciembre de 2008*. Managua, 2009. http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/Pediatrica/Comportamiento_clinico.pdf.
22. **Manet L, Poveda A, Rivero V, Roperio E**: Infección hospitalaria en recién nacidos ingresados en un servicio de cuidados intensivos neonatales. *MEDISAN* 2010;14(4):1-4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400009&lng=es&nrm=iso.
23. **Padrón A, Valdés MV, Valdez F, Rodríguez M**: Comportamiento epidemiológico de la infección nosocomial. *CIREN* 2009. *Enf Inf Microbiol* 2010;30:123-128.
24. Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-002-SSA2-2003, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. *DOF* 2001.
25. **Heppner PP, Kivlighan DM, Wampold BE**: *Research design in counseling*. 3ª ed. EUA, Thomson, 2008.
26. Organización Mundial de la Salud: *Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Informe Técnico Definitivo. 2009.

Auditoría de procesos en un servicio de radiodiagnóstico en primer nivel de atención

Rocío Magaña Morán, Leticia Sánchez Flores,
Mónica Sánchez Corona, David Ortiz Gaona,
Gerardo Hernández Maturano

INTRODUCCIÓN

El término auditoría se deriva del latín *audire*, que significa “oír”, de cuyo sustantivo *auditum* se deriva no sólo audición, sino también auditor, entre otros términos o vocablos afines, por lo que auditar proviene del verbo oír. Para objetivos de este trabajo se define como el proceso sistemático de una confrontación entre una situación observada (procedimiento de evaluación) y el marco referencial normado técnica y administrativamente (parámetros e indicadores preestablecidos). Las eventuales desviaciones se registran en un informe (dictamen o recomendaciones) para corregir una situación observada.¹

En el campo de la salud el término auditoría médica ha sido usado durante mucho tiempo con diferentes acepciones, dependiendo del contexto en el que se aplica. Su importancia es reconocida desde los tiempos más remotos, teniéndose conocimiento de su existencia en las lejanas épocas de la civilización sumeria. En la Edad Antigua, en Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias. En Babilonia (XVIII a.C.) existió el Código de Hammurabi, que imponía severos castigos para los malos resultados de una terapéutica u operación. En el Juramento Hipocrático (IV a.C.) había elementos de auditoría. En el siglo XIX la enfermera Florence Nightingale comparó la mortalidad de los hospitales de Crimea y los de Londres.² Sin embargo, fue hasta la publicación de los documentos de trabajo para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) cuando se dio la siguiente definición, ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en

Europa: “Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos, en la calidad de vida del paciente”,³ en su seguridad y en la calidad de atención.

En 1918 el Colegio Americano de Cirujanos dictó las Normas para la acreditación hospitalaria. A partir del decenio de 1950 se perfeccionó aún más la necesidad de auditar la atención médica. Surgió en Japón el concepto de calidad total y se realizó un estudio piloto en 15 hospitales americanos, institucionalizándose el procedimiento, venciendo el temor y la suspicacia de considerar a la auditoría como un instrumento de control y punición. Desde 1955 la auditoría es concebida como una herramienta de mejora de la calidad. Snee desarrolló el tema de auditoría médica como un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad de atención mediante la disminución de la morbilidad. En este mismo sentido, el primer gran intento inglés por auditar realizado por el *Royal College of General Practitioners*, en 1977, percibía deficiencias en la calidad de la práctica general y reconocía la influencia de la auditoría médica como una manera de mejorar los estándares de atención.³

Uno de los pilares de la orientación médica en aspectos de calidad son los trabajos de A. Donabedian, que desde el decenio de 1960 se preocupó por crear modelos de gestión de calidad aplicados a la medicina. La trascendencia de sus trabajos radica en la aportación teórica, además del acercamiento de la rama médica a las cuestiones de calidad y seguridad;² asimismo, conceptualizó los ejercicios de evaluación en atención sanitaria en la siguiente tríada:

- **Estructura:** incluye los soportes físicos, económicos, humanos, organizativos, instrumentales y de conocimiento. No se consideran adecuados como indicadores de funcionamiento.
- **Proceso:** refiere a lo que los profesionales hacen por y para los pacientes, y cómo los pacientes buscan la atención médica y responden a las pautas terapéuticas recomendadas.
- **Resultado o desenlace (outcomes):** como expresión del cambio, favorable o no, en el estado de salud actual o potencial de individuos, grupos o poblaciones, que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria, previa o actual.

En 1990 se implementó la Acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. En 1992 se creó el modelo de Manual de acreditación hospitalaria, por parte de la Federación Latinoamericana de Hospitales y la Organización Panamericana de la Salud.

En el contexto nacional, el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM) conlleva un proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica que deciden participar y cumplen con los estándares necesarios para

brindar servicios de buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes. Lo anterior se logró a partir de la formación de diversas agrupaciones, cuyo fin último era evaluar la atención médica, como lo fue el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial (1983), el cual buscaba unificar procesos de evaluación en las unidades médicas de tercer nivel de atención, lo que posteriormente se convirtió en la Comisión Nacional de Certificación (1999), la que desde entonces ha ido redefiniendo los criterios de evaluación, al grado de convertirse en el ente que determina de manera colegiada los estándares de calidad y seguridad, integrado por un grupo interinstitucional.

El Consejo de Salubridad General (CSG), autoridad sanitaria, ha adoptado los estándares homologados a los de la *Joint Commission International* (JCI) para determinar a través de auditorías su cumplimiento y otorgar la certificación de los establecimientos de atención médica.

El proceso de certificación incluye la primera fase, que corresponde a la autoevaluación, es decir, una auditoría interna, en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud, sus reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas. Posteriormente se lleva a cabo la auditoría propiamente dicha mediante la evaluación Estándares para la certificación de hospitales, vigentes a partir de 2011 (Metas Internacionales de Seguridad del Paciente), estándares centrados en el paciente y en la gestión, y Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Como parte de los estándares centrados en el paciente se encuentra el rubro de Servicios auxiliares de diagnóstico, que comprende estudios de laboratorio e imagenología, los cuales son evaluados considerando ciertos criterios de calidad y seguridad que cumplan con las necesidades médicas de pacientes y requerimientos del personal médico. Se verifican los equipos empleados, la seguridad del entorno y el cumplimiento de procesos internos y externos para valorar el control de calidad.⁴

En cuanto al Servicio de Radiodiagnóstico, el principal sustento normativo es la Norma Oficial Mexicana NOM 229–SSA1–2002, Salud ambiental, requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, la cual establece los criterios de infraestructura, requisitos técnicos de los equipos, sanitarios y de protección radiológica que se deben cumplir en establecimientos que utilicen radiación ionizante en seres humanos, siendo el fin último garantizar la seguridad de los pacientes, principalmente con la prescripción adecuada del estudio con base en la congruencia diagnóstica–radiológica, así como del personal expuesto con el uso de dispositivos de protección y el público en general con la restricción a dichas áreas. Esta Norma encuentra soporte en las recomendaciones establecidas por la Comisión Internacional de Protección Radiológica, que desde 1928 tiene el objetivo fundamental de contribuir al nivel adecuado de protección de las personas y del medio ambien-

te, y de los efectos perjudiciales de la exposición a la radiación, sin limitar las acciones humanas benéficas que puedan estar asociada a tal exposición.⁵⁻⁸

En 2012 se vivió el proceso de certificación en algunas unidades de medicina familiar, lo que implicó la realización de auditorías internas con implementación de estrategias, para finalmente lograr un cambio de cultura y conseguir la certificación, obteniendo el beneficio principal de la mejora en el servicio, favoreciendo la calidad y seguridad de los usuarios. Las unidades de primer nivel deben cumplir con los estándares establecidos por el CSG, pese a que en este tipo de unidades éstos no corresponden a los homologados con los de la JCI, que han sido implementados de manera adicional.

Auditoría médica

La auditoría médica es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercuten en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente. Se requiere que los participantes en la auditoría estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional, así como el requisito de conseguir y demostrar mejoras en la atención brindada, sobre todo en la seguridad del paciente.⁹

Marinker, Crombie y col. coinciden en que la “auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica, con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas”,³ lo cual adicionalmente tendrá una función educativa para los profesionales de la salud.

En los servicios de salud se utilizan diversos términos, como auditoría médica, auditoría clínica y auditoría del cuidado del paciente. La auditoría médica es la revisión del cuidado clínico de los pacientes, realizada solamente por el personal médico; la auditoría clínica es la revisión de las actividades por parte de un equipo transdisciplinario, que integra diversos aspectos del cuidado clínico; y la auditoría del cuidado del paciente, que es la revisión del entorno conjugado con las actividades, lo cual conlleva a un efecto directo en el cuidado del paciente.

Para Packwood el tipo de auditoría tiene diferentes implicaciones de acuerdo con la actividad que se audita, el grado de compromiso gerencial, el flujo de autoridad y sus aplicaciones. Más aún, si la actividad de salud es entendida como una actividad multidisciplinaria, y según algunos autores como una actividad transdisciplinaria, lo propio en el marco de la calidad del proceso prestacional, debe estar en el paso de la auditoría médica a la auditoría clínica, con la participación más amplia de los diversos grupos profesionales.³

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la misión de la auditoría médica es garantizar la habilidad técnica de los profesionales, el empleo eficiente

de los recursos, la seguridad del paciente y la satisfacción de las demandas y expectativas de los pacientes y familiares.

Es una herramienta de gestión clínica valiosa y aplicable que abarca diferentes aspectos del quehacer médico: asistencial, administrativo, financiero, ético, docente y de investigación. Se trata de un mecanismo de retroalimentación que garantiza calidad.

Al auditar conocemos la calidad de los servicios que prestamos, se realiza un diagnóstico que permite formular proyectos y sugerencias para la mejora.

La finalidad es hacer un análisis crítico y sistemático de los procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento, el uso de recursos y el efecto resultante en la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, la auditoría debe comprender tres niveles: fijar estándares, medir el desempeño basado en el apego a la normatividad, instrumentar cambios —los cuales se deberán establecer como guías de acción o protocolos, con una evaluación continua para identificar debilidades— y realizar encuestas habituales entre los usuarios. Es recomendable y práctico en la actualidad que las auditorías se hagan de forma transdisciplinaria, involucrando al personal clínico externo e interno.

El protocolo de auditoría se deberá sustentar por escrito de acuerdo con el punto de interés a revisar, incluyendo por lo menos los siguientes aspectos:

- a. Objetivos definidos y alcances de la auditoría.
- b. Recopilación e interpretación de datos.
- c. Conclusiones y recomendaciones.
- d. Evaluación del seguimiento de las medidas que se implementaron para la mejora en la atención.¹⁰

La auditoría médica es el paso fundamental para garantizar la calidad en el servicio. Para fomentarla, se debe considerar la seguridad del usuario, quien desea sentirse convencido y confiado en la atención recibida.

Calidad

Es el conjunto de características de una entidad que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas,¹¹ así como el grado de cumplimiento de los requisitos inherentes a cierto proceso.¹²

Es el grado en que los servicios de salud brindados aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados, coherentes con los conocimientos profesionales. La calidad de la atención es el grado de adecuación de los servicios de salud hacia la necesidad de cada usuario y el grado de consecución de resultados alcanzables, en consonancia con la correcta asignación o uso de los recursos, lo cual prioriza la búsqueda en todo momento de la seguridad del paciente.

Auditoría de procesos

El proceso de auditoría permite evaluar el apego y cumplimiento de lineamientos o estándares establecidos en una organización, aunque ha cobrado importancia la auditoría de sistemas con una visión integradora.

La auditoría de procesos es una herramienta de gestión de calidad (ISO 900) que analiza cada una de las acciones realizadas en un proceso y permite identificar las áreas de oportunidad, los vacíos o los riesgos para adecuar, rediseñar o mejorar.

Un resultado deseado se logra de manera más eficiente cuando las actividades y los recursos necesarios son administrados como parte del proceso.

En general este tipo de herramienta se ha utilizado fundamentalmente en la elaboración de productos para garantizar su calidad y pareciera que no tiene aplicación en el terreno de la salud; sin embargo, revisar los procesos de atención médica y verificar paso a paso los insumos, las acciones y el resultado ha permitido identificar la existencia de puntos que requieren ser modificados o reforzados para obtener los resultados deseados y posteriormente evaluar el sistema.

Es el proceso considerado como un grupo de actividades interrelacionadas que interactúan y que transforman, en este caso, la atención médica para otorgarla con calidad y seguridad, además de hacer más eficientes los recursos. Para ello es posible utilizar listas de verificación y evidencias de su cumplimiento.

- **Seguridad del paciente:** es la reducción y atenuación de las acciones peligrosas dentro del sistema de atención de salud y aplicación de las mejores prácticas que han demostrado ofrecer resultados óptimos para el paciente; pretende mantener a salvo de daños innecesarios o potenciales asociados a la atención médica.¹³

Una de las acciones que conllevan un alto riesgo es la exposición a radiaciones ionizantes, la cual deberá estar justificada por los beneficios que proporciona en relación con el daño que pueda causar.

- **Seguridad radiológica:** el objeto principal de la protección radiológica es asegurar la aplicación de todas las medidas razonables para reducir la aparición de efectos biológicos estocásticos a niveles aceptables. Para conseguir estos objetivos se deben aplicar los principios del Sistema de Protección Radiológica propuestos en la NOM-229-SSA-1-2002 y en la Norma Internacional de Protección Radiológica (ICRP).^{5,6}

Las dosis individuales, el número de personas expuestas y la probabilidad de que se produzcan exposiciones potenciales deberán mantenerse en el valor más bajo posible, establecido por la legislación vigente para trabajadores potencialmente expuestos y usuarios.¹⁴

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL USUARIO EN RADIODIAGNÓSTICO

Las unidades de radiodiagnóstico están obligadas a implantar un Programa de Garantía de Calidad, con el fin de establecer los criterios que aseguren la optimización de la calidad de las imágenes y la protección radiológica del paciente, así como que las dosis recibidas por los trabajadores expuestos y los usuarios sean acordes al marco normativo vigente. Será obligación del titular de la instalación, del especialista médico radiólogo y de los auxiliares de este servicio cumplir las exigencias legales en el ámbito de sus competencias.⁸

Todo esto está establecido en las normas de salud nacionales correspondientes (NOM- 229-SSA-1-2002) y vigilado por los consejos establecidos COFEPRIS y el consejo de salubridad general para su correcta aplicación en las instituciones de salud.^{4,5,9}

Derivado de las definiciones vertidas se planteó que la auditoría de los procesos de calidad y seguridad para los usuarios de un servicio de radiodiagnóstico deben estar encaminados a la aplicación de un protocolo que permita alcanzar los estándares de seguridad a los usuarios internos y externos, es decir, que tengan la aptitud de satisfacer las necesidades del paciente y de las instituciones que prestan el servicio.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar la metodología de auditoría interna de procesos en salud para mejorar la calidad y seguridad del usuario así como optimizar recursos del servicio de radiodiagnóstico de una unidad de primer nivel de atención.

DESARROLLO

Derivado de la auditoría del Consejo de Salubridad General a una unidad de primer nivel de atención para obtener la certificación, se observa un enfoque centrado en dos estándares, que son:

- **Estándar 1.2.2:** toma en cuenta la garantía de los servicios de radiología durante el proceso de atención, así como la existencia de personal suficiente; dicho procedimiento debe ser oportuno, eficaz y llevarse a cabo dentro de las instalaciones.

- **Estándar 1.2.3:** se basa en los controles internos de calidad en las áreas de apoyo en el diagnóstico y tratamiento; se debe tener en cuenta la Norma Oficial Mexicana 229 y el apego a ésta, así como los manuales de procedimiento y las licencias sanitarias vigentes.^{4,5}

Esta evaluación prioriza la alineación de procesos con que se presta la atención en el Servicio de Radiodiagnóstico.^{4,5}

En la auditoría interna se consideró utilizar una herramienta de calidad —Auditoría de procesos en el Servicio de Radiodiagnóstico— para identificar con mayor detalle las áreas de oportunidad, además de verificar el cumplimiento de la normatividad vigente. (NOM 229 y manuales de procedimientos institucionales.)

Se revisaron las investigaciones publicadas en los últimos 10 años, encontrando sus inicios en países europeos como Alemania¹⁵ y España;¹⁶ en América Latina, Chile¹⁷ ha sido el país pionero. En nuestro país se han realizado estudios principalmente dirigidos al proceso en base al cumplimiento de la normatividad y calidad en la atención y al blindaje enfocado en el prestador del servicio.

Con base en la exposición de los pacientes a las radiaciones y los probables efectos secundarios que pueden llegar a presentar por una exposición frecuente, la NOM 229 especifica claramente la cantidad de miligrey (mGy) que emite en cada una de las proyecciones (cuadro 18–1), tomando también en cuenta el blindaje que se debe considerar en una aplicación convencional de exposición a la radiación (cuadro 18–2).

Con base en lo anterior se estableció el protocolo que permitiera sistematizar el proceso en el servicio de radiodiagnóstico (figura 18–1).

Cuadro 18–1. Niveles orientativos para el diagnóstico médico con rayos X

Examen	Dosis de entrada en la superficie por radiografía (mGy)	
Columna vertebral lumbar	AP	10
	LAT	30
	ASL	40
Abdomen	AP	10
Pelvis	AP	10
Articulación de cadera	AP	10
Tórax	PA	0.4
Columna vertebral torácica	LAT	1.5
	AP	7
	LAT	20
Dental	Periapical	7
Cráneo	AP	5
	PA	5
	LAT	3

AP: anteroposterior; LAT: lateral; ASL: articulación sacrolumbar; PA: posteroanterior.

Cuadro 18-2. Dispositivos de protección radiológica

Blindaje	
Aplicación	Mínimo por sala
Convencional	Mandil plomado
	Guantes plomados
	Collarín protector de tiroides
Mamografía	No se requiere siempre y cuando el disparo se efectúe desde una zona protegida
Dental y panorámica dental	No se requiere, siempre y cuando el disparo se efectúe desde una zona protegida, cuidando siempre que se trate de una mujer en edad reproductiva que no se encuentre en estado de gravidez

Fuente: NOM-229 SSA 1-2002.

Se incluyó también un análisis cuantitativo de radiografías que se tomaron en 2012, así como las proyecciones que generaron mayor demanda, con la finalidad de validar la prescripción médica y el uso eficiente de los recursos; en relación con la seguridad de los pacientes, se revisó la exposición radiológica promedio a la que son expuestos.

Las 10 482 placas tomadas generaron una emisión de 78 136 mGy, lo que equivale a una exposición radiológica promedio de 7.5 mGy por paciente (cuadro 18-3 y figura 18-2).

De enero a marzo de 2013 se hizo el análisis de las proyecciones solicitadas, jerarquizándolas por estudio radiológico y las indicaciones que tenían cada una de ellas.

En este trimestre la emisión de mGy ha sido de 4 863 mGy, equivalente a 2.9 mGy promedio-paciente (cuadro 18-4 y figura 18-3).

Aunque la literatura reporta daños a la exposición de la radiación desde un simple rash cutáneo hasta lesiones ulcerativas, no se documenta intensidad ni tiempo establecido de exposición como factor de riesgo para presentar un daño, lo cual tiene una relación directa con la sensibilidad del paciente.

Los estudios radiográficos se hicieron bajo las condiciones que establece la NOM-229, lo cual se consideró como un área de oportunidad.

Se encontró que algunos estudios fueron indicados con base en criterios de referencia a un segundo nivel de atención, identificando poco o nulo apego a las guías de práctica clínica (GPC).

Para evitar la exposición inadecuada del paciente y, por ende, el uso indiscriminado de solicitudes de rayos X, se revisaron las GPC¹⁸⁻²⁷ de los estudios más solicitados en la Unidad de Medicina Familiar y los diagnósticos motivo del estudio, para determinar su congruencia diagnóstica. Con base en ello se identificó que los estudios solicitados no estaban justificados. La importancia de esta revisión consistió en retroalimentar al personal, proporcionar esta información de

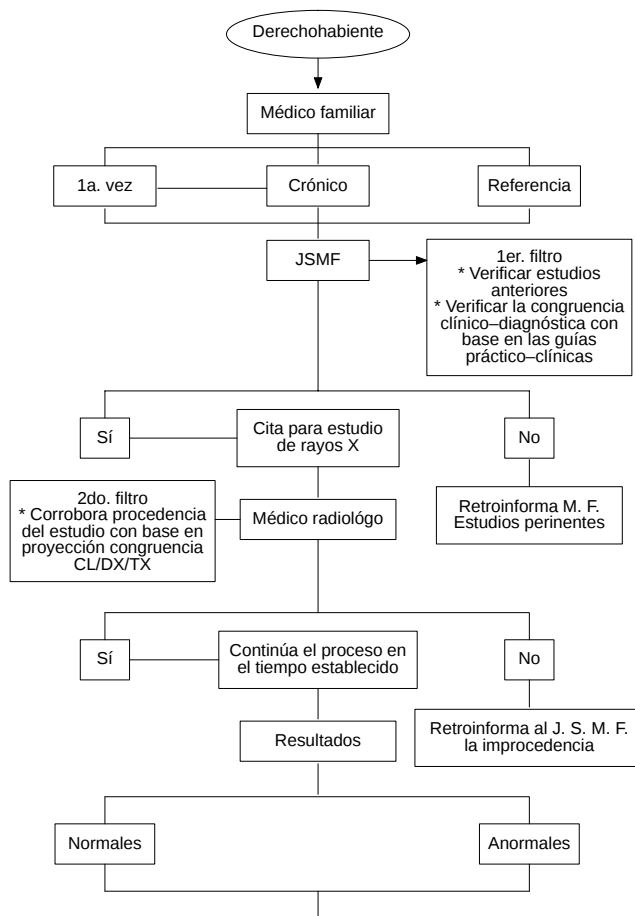


Figura 18-1. Proceso para rayos X.

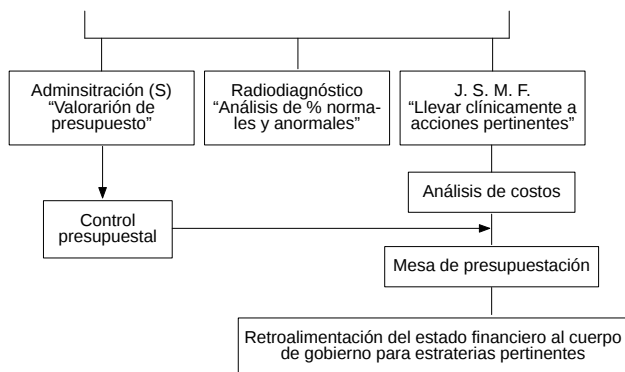


Figura 18-1. Proceso para rayos X (continuación).

forma ejecutiva para estar disponible en los consultorios y poder ser consultada en todo momento, contar con insumos de capacitación a utilizar en la Jefatura de enseñanza con los médicos en formación y todo el personal que participa en este proceso y finalmente contar con una herramienta para establecer los mecanismos de una supervisión dirigida y efectiva (cuadro 18-5).

Cabe mencionar que otro aspecto que se debe reforzar y sobre el cual se realizarán los trabajos correspondientes es mejorar la vinculación entre los niveles de

Cuadro 18-3. Estudios radiológicos realizados en 2012

Estudio radiológico (%)	No.	mGy	
Tórax	26.2	2 750	110
MS	16.72	1 755	0
Cráneo	16.54	1 736	13 888
MI	14.02	1 472	0
Columna lumbar	11.61	1 219	48 860
Dental	9.22	968	6 776
Columna cervical	2.9	304	0
Nuevo ingreso	1.79	188	7 520
Pelvis	0.54	56	560
Senos paranasales	0.32	34	272
Abdomen	0.14	15	150
Total	100	10 497	78 136
Promedio			7.5 por paciente

Fuente: NOM-229.

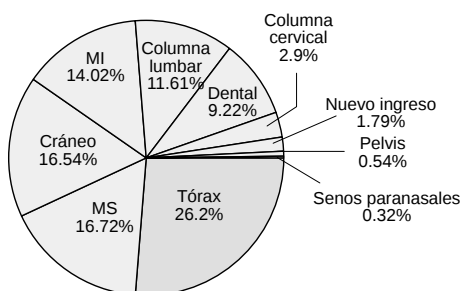


Figura 18-2. Estudios radiológicos realizados en la Unidad de Medicina Familiar en 2012.

atención, ya que si bien en este primer nivel se ha aplicado la normatividad vigente a favor de la seguridad del paciente, basada en las GPC para favorecer la congruencia diagnóstica–radiológica, tomando en cuenta como base el análisis del apego a guías de práctica clínica y seguridad del paciente, se hace necesaria la mejora de los criterios de referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención, optimizando los recursos y la satisfacción del usuario.

Cuadro 18-4. Estudios radiológicos realizados entre enero y marzo de 2013

Estudio radiológico %	No.	mGy emitidos	
Tórax	26.8	453	190.4
Miembro inferior	19.17	324	0
Cráneo	18.22	308	2 464
Miembro superior	14.56	246	0
Columna cervical	11.6	196	0
Dental	5.03	85	595
Pelvis	2.6	44	540
Nuevo ingreso	1.66	28	1 120
Senos paranasales	0.18	3	24
Abdomen	0.18	3	30
TOTAL	100	1 690	4 963.4
Promedio		2.9 por paciente	

Fuente: NOM-229.

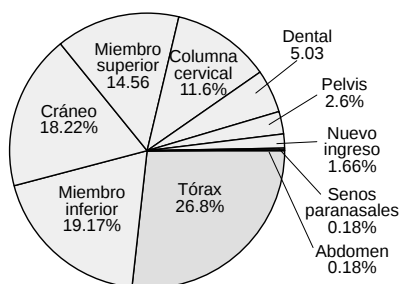


Figura 18–3. Estudios radiológicos realizados en la Unidad de Medicina Familiar entre enero y marzo de 2013.

CONCLUSIONES

La gestión de la calidad y del riesgo supone, entre otros, obtener mayores beneficios que los derivados de la suma de las partes, siendo una de las claves el análisis previo que sirva para tomar decisiones con aprendizaje y revisión continua de la estrategia.

La implementación de auditoría de procesos realizada en un servicio de radiodiagnóstico en una Unidad de Medicina Familiar permitió conocer a detalle las actividades que se realizan paso a paso, con el propósito de identificar las áreas de oportunidad, desconexiones y vacíos a fin de corregir, rediseñar o reforzar para lograr una atención de calidad y seguridad. Además de promover el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente (Norma Oficial Mexicana 004 Del expediente clínico,²⁸ NOM 229 De salud ambiental⁵ y guías de práctica clínica). El objetivo de este trabajo es proponer como herramienta de gestión de calidad la auditoría de procesos. Con los hallazgos identificados ha sido posible retroalimentar al personal para un mayor apego a las guías de práctica clínica, lo cual mejorará la congruencia clínico–diagnóstica, evitará exposición innecesaria de los pacientes y fomentará el uso eficiente de los recursos para lograr un ahorro en el gasto.

Una premisa del modelo de gestión de calidad incluye la mejora continua; en ese sentido, se dará seguimiento a este proceso para el cumplimiento de las estrate-

**Cuadro 18-5. Congruencia diagnóstica–radiológica
con base en guías de práctica clínica**

Estudio radiológico	Indicaciones	Seguimiento	Fuente
Tórax	Hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico	1. Reciente diagnóstico 2. Valoración anual en medicina interna para detectar lesión a órgano blanco (estudio poco específico para detección de hipertrofia del ventrículo izquierdo)	IMSS-076-08 GPC para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 2009
	Valoración prequirúrgica: 1. Paciente mayor de 60 años que requiera anestesia en cirugía convencional 2. Pacientes con neuropatía (en caso de riesgo cardiovascular o alto riesgo de complicaciones) 3. Cardiopatía o nefropatía (sólo detecta 4% de las anomalías) 4. Considerar en situaciones no mencionadas, dependiendo el grado o tipo de cirugía, la edad y la clasificación ASA Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en caso de sospechar comorbilidad o para realizar el diagnóstico diferencial Sospecha de cardiopatía congénita (CIV, PCA, CIA, coartación de aorta, tetralogía de Fallot), diagnóstico diferencial		IMSS-190-10 GPC Valoración preoperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto. México, Secretaría de Salud, 2010
	Pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca	1. Al diagnóstico para envío inicial a segundo nivel 2. Exacerbación 3. Referencia a espirometría De acuerdo con la evolución clínica, ya que las alteraciones radiológicas orientan el manejo y toma de decisiones	IMSS-037-08 GPC Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. México, Secretaría de Salud, 2009 IMSS-054-08 GPC Detección de cardiopatías congénitas en niños mayores de cinco años, adolescentes y adultos. México, Secretaría de Salud, 2009
	Sospecha clínica de cardiopatía en el embarazo (cardiomiopatía periparto)	Menos de tres meses de la valoración	IMSS-429-10 Abordaje de la rehabilitación cardíaca en cardiopatía isquémica valvulopatías y grupos especiales. México, Secretaría de Salud, 2009
	No se considera como estudio diagnóstico de gabinete o seguimiento en asma bronquial	Segundo nivel	IMSS-538-11 Diagnóstico y manejo de cardiopatía en el embarazo. México, Secretaría de Salud, 2009 IMSS-009-08 Diagnóstico y tratamiento de asma en menores de 18 años en primero y segundo niveles de atención. México, Secretaría de Salud, 2009
	Sospecha clínica de cáncer pulmonar	En el momento del diagnóstico	SSA-022-08 Prevención y detección temprana de Cáncer de Pulmón en primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 2008 IMSS-030-08 GPC Para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer pulmonar de células no pequeñas
	Bronquiolitis aguda	En el momento del diagnóstico	IMSS-032-08 GPC Diagnóstico y manejo en niños con bronquiolitis fase aguda. México Secretaría de Salud, 2009
	Rinitis alérgica sin respuesta a tratamiento inicial en tres meses y envío a otorrinolaringología	De acuerdo con el diagnóstico diferencial	IMSS-041-08 GPC Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica. México, Secretaría de Salud, 2009

Cuadro 18-5. Congruencia diagnóstica-radiológica con base en guías de práctica clínica (continuación)

Estudio radiológico	Indicaciones	Seguimiento	Fuente
	Neumonía adquirida en la comunidad en niños: pacientes hospitalizados, cuando el niño presenta en forma aguda fiebre y dolor abdominal aunque no existen síntomas respiratorios, sospecha de neumonía complicada, estertores bronquiales y broncoalveolares en niños de 12 a 36 meses sin taquipnea		SS-120-08 GPC Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de tres meses a 18 años en primer y segundo nivel de atención. México Secretaría de Salud, 2008
	Neumonía adquirida en la comunidad en adulto: para el diagnóstico diferencial con neoplasia	Repetir cuando la evolución clínica no es favorable a las seis semanas después de alta hospitalaria en caso de persistir con sintomatología o pacientes de alto riesgo de malignidad (mayores de 50 años de edad)	IMSS-234-09 GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. México, Secretaría de Salud, 2009
	Artritis reumatoide: en el momento del diagnóstico	Anualmente durante los tres primeros años	IMSS-195-08. GPC Diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto. México, Secretaría de Salud, 2010
Cráneo	Cefalea en estudio y migraña. Diagnóstico diferencial de lesión estructural	De acuerdo con el diagnóstico definitivo (segundo nivel) y evolución del padecimiento	IMSS-047-08 Manejo de cefalea tensional y migraña del adulto. México, Secretaría de Salud, 2009
	Traumatismo craneoencefálico en menores de un año, sospecha de maltrato, pérdida de conciencia superior a cinco minutos (en caso de no disponer de tomografía), crepitación o hundimiento, traumatismo facial grave, déficit neurológico (no sustituye a la tomografía)		SSA-002-08 Atención Inicial de traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años GPC
Columna cervical	Lesión en pacientes politraumatizados, trauma craneoencefálico grave, trauma craneoencefálico de etiología dudosa, déficit neurológico o dolor en la zona cervical (proyección hasta C7 y T1 proyección anteroposterior lateral y Towne)		SSA-002-08 Atención Inicial de traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años. GPC
	Síndrome de túnel del carpo con sospecha diagnóstica para diagnóstico diferencial. Proyecciones anteroposterior y lateral	En el momento del diagnóstico	IMSS-043-08 GPC Diagnóstico y tratamiento de síndrome de túnel del carpo en primer nivel de atención
	Artritis reumatoide: en el momento del diagnóstico. Proyección transoral y columna cervical dinámicas	Anualmente durante los tres primeros años	IMSS-195-08 GPC Diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto. México, Secretaría de Salud, 2010
Columna lumbar	Lumbalgia y sospecha de patología grave (cáncer o infección) o con identificación de signos de alarma. Proyección anteroposterior y lateral	De acuerdo con la evolución clínica	IMSS-045-08 GPC Diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención México Secretaría de Salud, 2009

Cuadro 18–5. Congruencia diagnóstica–radiológica con base en guías de práctica clínica (continuación)

Estudio radiológico	Indicaciones	Seguimiento	Fuente
Miembros superiores	Síndrome de túnel del carpo con sospecha diagnóstica para diagnóstico diferencial	En el momento del diagnóstico	IMSS–043–08 GPC diagnóstico y tratamiento de síndrome de túnel del carpo en primer nivel de atención
	Lesión traumática de mano: en caso de sospecha de fractura o luxación. Anteroposterior, lateral y oblicua	Posterior a la inmovilización en caso de fractura para verificar la estabilidad de la misma	IMSS–065–08 GPC Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano en el adulto. México, Secretaría de Salud, 2009
	Síndrome de hombro doloroso: En caso de dolor de más de cuatro semanas con tratamiento conservador o que clínicamente muestre datos de lesión del manguito rotador en estadios avanzados		IMSS– 085–08 GPC Diagnóstico y tratamiento del síndrome de hombro doloroso en primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 2009
	Artritis reumatoide: en el momento del diagnóstico	Anualmente durante los tres primeros años	IMSS–195–08. GPC Diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto. México, Secretaría de Salud, 2010
Miembros inferiores	Esquince de tobillo con sospecha de fractura (de acuerdo con los criterios de Ottawa) proyecciones anteroposterior, lateral y anteroposterior con rotación medial	De acuerdo con la evolución clínica	IMSS–034–08 GPC para el diagnóstico y manejo de esquince de tobillo en fase aguda. México, Secretaría de Salud, 2008
	Osteoartritis de rodilla para complementación del diagnóstico	Sin respuesta a tratamiento farmacológico y de rehabilitación, para envío a segundo nivel (valoración de tratamiento quirúrgico)	SSA–053–08 GPC Atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 2009
	Artritis reumatoide: en el momento del diagnóstico	Anualmente durante los tres primeros años	IMSS–195–08. GPC Diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide del adulto. México, Secretaría de Salud, 2010
	Pie equino varo: en posición corregida para envío a segundo nivel		SSA–288–10 GPC Diagnóstico y tratamiento del pie equino–varo en el paciente pediátrico. México Secretaría de Salud, 2010
Senos paranasales	Rinitis alérgica sin respuesta a tratamiento inicial en tres meses y envío a otorrinolaringología Sinusitis aguda: cuando existe sospecha de sinusitis frontal. Proyección de Caldwell y lateral de cráneo	De acuerdo con el diagnóstico diferencial	IMSS–041–08 GPC Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica. México, Secretaría de Salud, 2009 IMSS–080–08 GPC Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda. México, Secretaría de Salud, 2009
Pelvis	Sospecha de fractura de pelvis, proyección anteroposterior Tamizaje en pacientes con diversos factores de riesgo: mujer posmenopáusica, osteopenia, osteoporosis, edad mayor de 50 años, y mayores de 75 años con patología crónica, estancia en asilos o casas de asistencia, sedentarismo, mal balance postural, consumo de alcohol, entorno arquitectónico inapropiado	De acuerdo con el criterio médico y el estado clínico del paciente	SSA–017–08 Prevención y diagnóstico de fractura de cadera en el adulto en primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 2008

Cuadro 18-5. Congruencia diagnóstica-radiológica con base en guías de práctica clínica (continuación)

Estudio radiológico	Indicaciones	Seguimiento	Fuente
Abdomen	Displasia congénita de cadera: estudio radiológico después de los dos meses de edad. Proyección de von Rosen	Semanas posquirúrgicas 3, 6 12 y 14, y cada 6 y 12 meses hasta el término de su desarrollo	SSA-091-08 GPC Diagnóstico y tratamiento oportuno de la displasia en el desarrollo de la cadera. México, Secretaría de Salud, 2009
	Osteoartritis de cadera para complementación del diagnóstico	Sin respuesta a tratamiento farmacológico y de rehabilitación, para envío a segundo nivel (valoración de tratamiento quirúrgico)	SSA-053-08 GPC Atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 2009
	Apendicitis aguda con sospecha de obstrucción intestinal (baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico)		IMSS-031-08 GPC Diagnóstico de apendicitis aguda México, Secretaría de Salud, 2009
	Sospecha clínica de tumoración abdominal, orientación del diagnóstico		SSA-060-08 GPC Diagnóstico oportuno de masas abdominales malignas en la infancia y adolescencia en el primer nivel de atención. México, Secretaría de Salud, 2008
Dental	Caries dental en pacientes de alto riesgo	De acuerdo con el criterio médico y el estado clínico del paciente	SSA-024-08 Prevención y diagnóstico de la caries dental en pacientes de 6 a 16 años

gias implementadas para el logro de avances y mejores resultados, además de que en el ánimo de explorar la calidad percibida por los pacientes se implementará la aplicación de una encuesta que se entregará al usuario y colocará de forma anónima en un buzón específico ubicado en el Servicio de Radiodiagnóstico (cuadro 18-6).

Las encuestas existentes están encaminadas a conocer la satisfacción del usuario; sin embargo, en muchas ocasiones son aplicadas y dirigidas por el encuestador, lo cual puede generar un sesgo en los resultados, por lo que se pondrá especial atención en obtener la información más objetiva y se incluirán normas éticas de atención y trato digno, lo cual constituye un derecho constitucional.²⁹

En el Servicio de Radiodiagnóstico se ha tenido cuidado de que las instalaciones cuenten con la estructura que marca la NOM 229, los vestidores tengan la privacidad requerida para el caso y la ropa hospitalaria esté en condiciones óptimas, así como el buen estado y limpieza, lo cual contribuye a la prevención de infecciones hospitalarias (seguridad del paciente, seguridad de las instalaciones).

La imagen del prestador de servicios es primordial, por lo que deberá estar perfectamente identificado.

Como se mencionó, es de suma importancia realizar auditorías permanentes de forma programada y periódica, con la finalidad de garantizar seguridad y calidad al personal expuesto, al paciente y a los usuarios que se encuentren alrededor del servicio, y de acuerdo con los recursos disponibles difundir resultados, retroa-

Cuadro 18–6. Encuesta de seguridad y satisfacción del usuario del Servicio de Radiodiagnóstico

Preguntas	Muy seguro	Seguro	Inseguro	Dudoso
1. ¿Se presentó amablemente el personal que lo atendió y le explicó lo que usted tenía que hacer para tomarle su radiografía?				
2. ¿El vestidor se encontraba limpio y con la privacidad necesaria?				
3. ¿La ropa hospitalaria que se le proporcionó estaba en buenas condiciones y limpia?				
4. ¿Se sintió seguro cuando le realizaban el estudio?				
5. ¿Nos recomendaría con otros derechohabientes, en cuanto a la seguridad que percibió durante su estudio?				
Sugerencias				
Tu opinión es muy importante, gracias por tus comentarios				

limitar al personal, aplicar ciclos de mejora continua y dejar en claro que su finalidad no es ser punitivos, sino identificar oportunidades de mejora para la seguridad y calidad de atención.

Otro aspecto de importancia es tomar en cuenta la formación en protección radiológica, lo cual constituye uno de factores para la seguridad de los trabajadores expuestos, los estudiantes, las personas en formación y los pacientes, por lo que resulta necesario que el director impulse la organización de programas de formación y actualización profesional y facilite a las personas implicadas la asistencia a las actividades formativas.

Finalmente, se ha podido evidenciar que la auditoría de procesos es aplicable a los procesos de atención médica y es útil para mejorar la eficiencia clínica y para la optimización de recursos.

REFERENCIAS

1. Kell WG, Boynton WC, Ziegler RE: *Auditoría moderna*. México, Continental, 1997:3–30.
2. Fonseca LJA, Rivero SE, Baltazar TJA, Ñamendys SSA, Domínguez CG: Auditoría médica. *Med Int Méx* 2009;25(1):23–30.
3. Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK: Evidence-based clinical audit: an overview. En: Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH (eds.): *Evidence-based audit in general practice*. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1998:1–15.
4. *Estándares de procesos y resultados para la evaluación de establecimientos de atención médica ambulatoria*. Consejo de Salubridad General. FREM–0302. 2012.
5. Norma Oficial Mexicana NOM–229–SSA1–2002, *Salud ambiental*. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
6. ICRP: Las recomendaciones 2007 de la Comisión Internacional de Protección radiológica. ICRP Publicación 103. *Ann ICRP* 2007;2:26–30.
7. Norma Oficial Mexicana NOM–012–STPS–1999, *Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se produzcan, usen, manejen, almacenen o transporten fuentes de radiaciones ionizantes*.
8. Norma Oficial Mexicana NOM–031–NUCL–1997, *Requerimientos para la calificación y entrenamiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes*.
9. Llanos ZF: Auditoría médica en el primer nivel de atención. *Rev Med Hered* 2000;11(3):107–112.
10. Fonseca LJA, Rivero SE, Baltazar TJA, Ñamendys SSA, Domínguez CG: Auditoría médica. *Med Int Méx* 2009;25(1):23–30.
11. UNE–EN ISO 8402: *Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. 1995.
12. UNE–EN ISO 9000: *Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. 2000.
13. Davies J, Hebert P, Hoffman C (eds.): *The Canadian patient safety dictionary*. Calgary, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Health Canada, 2003.
14. *Manual General de Protección Radiológica*. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicación INSALUD. 2002
15. Yáñez RM: *Auditorías externas (ISO 19011) y autoevaluación estándar. Acreditación MINSAL*. Facultad de Medicina, Clínica Alemana. Universidad del desarrollo. 2012.
16. González AI: *Experiencias de los profesionales sanitarios en la aplicación de prácticas seguras*. En: VI Conferencia Internacional de seguridad del paciente. Madrid, octubre 19 y 20 de 2011.
17. Rencoret SG: Auditoría médica: demandas y responsabilidades por negligencias médicas. Gestión de calidad. Riesgos y conflictos. *Rev Chil Radiol* 2003;9(3):157–160.
18. IMSS–076–08 GPC *Para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en primer nivel de atención*. México, Secretaría de Salud, 2009.
19. IMSS–190–10 GPC *Valoración preoperatoria en cirugía no cardiaca en el adulto*. México Secretaría de Salud, 2010
20. IMSS–037–08 GPC *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. México, Secretaría de Salud, 2009.
21. IMSS–054–08 GPC *Detección de cardiopatías congénitas en niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos*. México, Secretaría de Salud, 2009.
22. IMSS–429–10 *Abordaje de la rehabilitación cardiaca en cardiopatía isquémica, valvulopatías y grupos especiales*. México, Secretaría de Salud, 2009.

23. *IMSS-538-11 Diagnóstico y manejo de cardiopatía en el embarazo*. México, Secretaría de Salud, 2009.
24. *IMSS-009-08 Diagnóstico y tratamiento de asma en menores de 18 años en prime y segundo nivel de atención*. México, Secretaría de Salud, 2009.
25. *SSA-022-08 Prevención y detección temprana de cáncer de pulmón en primer nivel de atención*. México, Secretaría de Salud, 2008.
26. *IMSS-030-08 GPC Para la detección diagnóstico y tratamiento del cáncer pulmonar de células no pequeñas*.
27. *IMSS-032-08 GPC Diagnóstico y manejo en niños con bronquiolitis fase aguda*. México, Secretaría de Salud, 2009.
28. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *DOF* 15 de octubre de 2012.
29. *Código de conducta del servidor público*. Dirección de administración y Evaluación de delegaciones. Unidad de Persona. Coordinación de Gestión de Recursos Humanos/Coordinación de Relaciones Laborales. 2011.
30. **Escobar PB, Lobo LMM, Salas TJ**: Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia. Estudio de campo en un hospital de primer nivel. *Rev Inst Int Costos* 2009;5.

Hospital domiciliario: una alternativa eficaz y efectiva a la atención hospitalaria

*María Guadalupe Garza Sagástegui, Rosalía Martínez Alatorre,
Beatriz Julia Maldonado Cruz, Graciano De la Fuente Reta*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se presentan cada vez con más frecuencia propuestas alternativas a la gerencia y organización tradicional de los servicios de salud, debido a la necesidad de un funcionamiento más eficiente y eficaz. El incremento de la demanda de los servicios y del gasto para la salud, los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad, las constantes innovaciones tecnológicas, el desarrollo de nuevos fármacos, los avances en la cirugía de mínima invasión, el desarrollo acelerado de las tecnologías de la información y comunicación, y los sistemas de gestión dirigidos a la calidad y seguridad del paciente están estimulando la aparición y difusión de nuevas formas de asistencia en el sector salud y en la atención hospitalaria.^{1,2}

La hospitalización domiciliaria (HD) es una modalidad de atención médica que lleva funcionando más de medio siglo y ha ayudado en el contexto económico y social que impone el uso óptimo de recursos. Esta actividad innovadora da preferencia a la asistencia ambulatoria y favorece la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar. Sus objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos. El HD rompe con el esquema clásico de atención hospitalaria tradicional, que abarca ingreso, urgencia, hospitalización y consulta de especialidades.²⁻⁴

Existen diversos conceptos de hospitalización en el domicilio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales en el hogar, con el fin de pro-

mover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéutica, rehabilitación y cuidados crónicos y paliativos”.

De acuerdo con la definición tradicional francesa: “La hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial del área de salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería, de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja”.

Según la definición del Servicio de Atención Domiciliaria Clínica, Madrid, el Dr. Marañón indica: “Definimos como hospitalización a domicilio la actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente”.

Por otra parte, el Dr. Néstor Bustamante la define como: “Trasladar al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesarios para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que en el hospital, propiciando la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico”.

La modalidad de la HD fue inaugurada en 1947 en Nueva York como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta unidad de HD eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo tanto en América del Norte como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

A partir del decenio de 1960 en Canadá comenzaron a funcionar los servicios de HD orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En 1987 en el Hospital de Montreal se realizó una experiencia piloto (hospital extramural) que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos. El Hospital Tenon, en París, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. En 1957 se estableció en la misma ciudad el *Santé Service*, organización no gubernamental sin fines de lucro, que aún hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. Desde 1992 la HD en Francia fue reconocida plena y oficialmente como una alternativa a la hospitalización tradicional, en virtud de los decretos de octubre de ese mismo año.

En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de *Hospital Care at Home* (atención hospitalaria en el hogar). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante la década de 1970.⁴⁻⁶

Ciertos criterios generales enmarcan la implementación y el funcionamiento de las unidades de HD en los diferentes países. En EUA y Francia la justificación

inicial para establecer la HD fue aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias y humanizar más la atención al paciente. Otro objetivo para introducir esta modalidad asistencial fue reducir los costos hospitalarios.

Los diagnósticos tratados con más frecuencia en la HD comprenden tumores, complicaciones posquirúrgicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sida.^{6,7}

Alemania, EUA y Francia disponen de una definición y una reglamentación sobre la hospitalización a domicilio. En 1995 la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Valenciano dio a conocer una orden (DOGV No. 2527) dirigida a la creación y definición de las unidades de HD en los hospitales pertenecientes al Servicio Valenciano de Salud; en el resto de las comunidades autónomas de España no hay normativa expresa para la HD.

En México el análisis de la pirámide demográfica muestra que la sociedad es cada vez más vieja, fenómeno llamado “demografía del envejecimiento”. El número de longevos y su proporción en la población general es cada vez mayor, con un considerable porcentaje de mayores dependientes que exige una reorganización de los servicios sanitarios para adaptarlos a sus expectativas y necesidades.^{8,9}

En los últimos años el número de adultos mayores ha aumentado paulatinamente en el mundo. En México la situación no es diferente; la esperanza de vida de los mexicanos supera actualmente los 75 años de edad; hay alrededor de siete millones de personas mayores de 60 años y se estima que para 2050 uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 60 años, por lo que el reto consiste en lograr que cada día haya más adultos mayores sanos y activos.

La atención domiciliaria a las personas mayores es una actividad asistencial en pleno auge. Varios aspectos son los que han contribuido a la expansión de este tipo de asistencia, entre los que se citan:

1. La necesidad de una atención más personalizada para que las personas mayores consigan un trato más humano sin verse obligadas a perder las tradiciones y la identidad.
2. El desarrollo de la actividad asistencial en el domicilio que contribuye a mejorar los problemas de salud.
3. La búsqueda de alternativas a la institucionalización de las personas mayores.
4. El uso adecuado de los recursos económicos.
5. Los usuarios enfatizan la idea de sentirse apoyados y queridos por personas que, por una parte, no pertenecen a su círculo social y, por otra, son mucho más jóvenes, con lo cual también se consigue el acercamiento de diferentes generaciones.^{9,10}

La hospitalización domiciliaria ha demostrado que desempeña un papel importante en los cuidados de los pacientes geriátricos, sin menoscabo de la eficacia

y de la seguridad, pero con indudables ventajas en el ámbito de su confort (físico y psíquico) y en el terreno de su situación funcional.^{11,12}

En las dos últimas décadas el problema de los costos en salud ha alcanzado un estado crítico, que en gran medida se debe al incremento de la tecnología y expectativa de vida, así como al surgimiento de nuevas patologías.

En todo el mundo los hospitales están aumentando la velocidad con que los pacientes pasan por sus salas. Esto significa que en realidad los servicios de salud van poniendo cada vez más confianza en lo que es posible hacer en la comunidad, sea a través de una red de organizaciones sociales o de establecimientos institucionales ambulatorios.

Casi todos los cambios generados apuntan en una dirección: mayor presión sobre la atención ambulatoria. Es decir, tarde o temprano la clave de un servicio de salud eficiente e integral radica en restringir el uso de los hospitales sólo a los casos más complejos, junto al desarrollo de los servicios comunitarios e institucionales ambulatorios. Sin embargo, no sólo será necesario entender lo anterior, sino también encontrar formas realistas de costear esos servicios. Los servicios de internación domiciliaria constituyen una de las respuestas válidas a esta necesidad de contención de gastos.¹²⁻¹⁶

La actual etapa de crecimiento y desarrollo del país obliga a generar nuevas estrategias de atención en salud, volviendo a centrarse el interés en la atención domiciliaria, por la variedad de ventajas que ofrece y por la diversidad de factores que confluyen —como los socioculturales, psicológicos y espirituales— y que únicamente en el ámbito familiar se pueden observar.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la práctica de la atención domiciliaria aumenta la disponibilidad de camas, sin inversión para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales, mediante modificaciones en la prestación de los servicios, que permiten humanizar más la atención al paciente: además se tienen alternativas a la gerencia y a la organización tradicionales de los servicios de salud, con diferentes modelos integrales de atención domiciliaria basados en una responsabilidad compartida.

En las unidades de medicina familiar se realizan consultas a domicilio, acción fortalecida por las enfermeras especialistas en medicina de familia (categoría de nueva creación); en los hospitales de segundo nivel la atención en domicilio se enfoca en la patología crónica (ADEC). A partir de junio de 2003 el Programa Hospital Domiciliario, del Hospital General de Zona No. 17 (HGZ 17) en Monterrey, fue creado para dar continuidad al tratamiento en el alta temprana, el cuidado paliativo del cáncer, el control del dolor y el tratamiento de enfermedades agudas.

Los pacientes que reciben atención domiciliaria pueden evitar el ingreso al hospital después de la evaluación en la sala de urgencias. Los pacientes pueden ser dados de alta del hospital de forma temprana para recibir atención domiciliaria.

Enfoque de calidad y seguridad de los servicios

La HD permite disminuir las posibilidades de errores por cambios inadecuados de tratamientos y evitar conflictos interprofesionales o daños por repeticiones innecesarias de pruebas y exploraciones, disminuir la tasa y la gravedad de las infecciones, al evitar su aparición en el hospital, y fortalecer la atención primaria integrada con un enfoque en la educación en salud al paciente y su familia, privilegiando la autonomía del paciente, que será quien tenga la última palabra en las decisiones.

Hay evidencia de que la continuidad de la atención en domicilio posterior al egreso temprano del hospital ofrece mejores resultados en salud y reducción de costos en pacientes que se recuperan de una cirugía electiva y en pacientes de edad avanzada. No existen pruebas en los diferentes metaanálisis que sugieran que la atención domiciliaria para evitar los ingresos al hospital lleve a que los resultados difieran de la atención hospitalaria en cuanto a mortalidad, funcionalidad y reingresos.

El ensayo que reclutó a los pacientes con demencia encontró que menos pacientes en el grupo de atención domiciliaria tenían problemas con el sueño. No se observó ninguna diferencia significativa en la puntuación del componente físico o mental. Tres ensayos midieron la función cognitiva, uno de los cuales reclutó a pacientes que se recuperaban de un evento cerebrovascular (Ricauda, 2004) e informaron una diferencia significativa en la escala de depresión geriátrica a favor de los pacientes asignados a la atención domiciliaria, aunque uno informó que menos pacientes asignados a la atención domiciliaria presentaron confusión a corto plazo durante la atención. En el ensayo que reclutó pacientes con demencia, en el grupo de atención domiciliaria se prescribieron fármacos antipsicóticos a menos pacientes en el momento del alta. Los pacientes asignados a la atención domiciliaria informaron niveles significativamente mayores de satisfacción en cuanto a diferentes condiciones. Un ensayo midió los eventos adversos y las complicaciones médicas, con menos pacientes asignados a la atención domiciliaria que reportaban complicaciones intestinales. Un ensayo que reclutó a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Davies, 2000) informó que a un mayor número de pacientes se les prescribió antibiótico si eran asignados a la atención domiciliaria.

La estancia hospitalaria varió entre los ensayos, con una reducción media de la estancia hospitalaria de -13.40 días (IC 95%, -17.92 a -8.88) (Wilson, 1999) a -5 días (diferencia de medias de -5.06; IC 95%, -9.23 a -0.89) (Harris, 2005).

En otro ensayo se observó que los pacientes que ingresaron al hospital de la atención domiciliaria tuvieron una estancia hospitalaria media de 48.6 días, en comparación con la estancia hospitalaria del grupo control, de 29.50 días. Al representar todos los días de atención (atención domiciliaria más cualquier día de

internación) el total de la estancia hospitalaria para los pacientes fue inferior para los pacientes asignados a la atención domiciliaria. En otros reportes los resultados indicaron -14.13 días de diferencia; $P < 0.02$; IC 95%, -20.18 a -7.08 (Wilson, 1999), pero en otro ensayo se observó una diferencia de 15.90; IC 95%: 8.10 a 23.70) (Ricauda, 2004).

Los datos de dos ensayos que reclutaron a pacientes que se recuperaban de un evento cerebrovascular mostraron un menor riesgo no significativo de residir en un ámbito institucional en los pacientes que recibían atención domiciliaria a los seis meses de seguimiento.

Se incluyeron 10 ensayos en la revisión sistemática Cochrane, que reclutó a pacientes de edad avanzada con un trastorno médico, cinco de los cuales contribuyeron con 87% de los datos aptos para el metaanálisis de DPI (Davies, 2000; Harris, 2005; Kalra, 2000; Ricauda, 2004; Wilson, 1999). Se realizaron metaanálisis cuando había semejanza suficiente entre los ensayos y cuando se habían medido los mismos resultados. Aunque no hubo ninguna diferencia entre los grupos en cuanto a la mayoría de las medidas de capacidad funcional o calidad de vida, los pacientes asignados a la atención domiciliaria tuvieron un riesgo significativamente menor de muerte a los seis meses de seguimiento. Esta reducción no fue significativa a los tres meses, lo que posiblemente refleje el número inferior de eventos para ese punto temporal; sin embargo, la dirección del efecto es coherente entre los ensayos y para cada uno de los periodos de seguimiento.

Los resultados de los metaanálisis de alta temprana no deben ser tomados como pruebas de que la atención hospitalaria es riesgosa. Por el contrario, los revisores creen que se demuestra que no hay ninguna prueba del análisis para sugerir que la atención domiciliaria para evitar los ingresos al hospital llevaría a que los resultados difieran de la atención hospitalaria.

El aumento de la satisfacción de pacientes es uniforme en todos los ensayos que informaban esta situación, a pesar de evaluarse con diversas preguntas. Las entrevistas a los pacientes revelan que los aspectos de la atención domiciliaria más valorados son la calidad de la comunicación y la atención personal que recibieron.¹⁶⁻²¹

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

Los objetivos generales de la hospitalización domiciliaria incluyen:

1. Optimizar el recurso cama hospitalaria al trasladar al paciente de forma temprana a su domicilio.
2. Prevenir nuevos ingresos al hospital al diagnosticar y tratar episodios en el domicilio.

3. Mejorar la satisfacción del paciente y su familia.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la satisfacción de los pacientes y sus familiares en el confort de su entorno.
2. Retornar lo antes posible al paciente a su entorno familiar, laboral y social.
3. Disminuir la tasa y gravedad de las infecciones nosocomiales evitando su aparición.

Requisitos indispensables para ingreso al programa:

- Cumplir estrictamente con los criterios médicos y administrativos de inclusión.
- Debe existir consentimiento informado y aceptación voluntaria por parte del paciente o la familia, o ambos.
- Se debe asegurar la atención continuada en el domicilio, pudiéndose contactar con la unidad de hospitalización domiciliaria en todo momento.
- Debe existir conexión directa con los diferentes servicios del hospital y la posibilidad de ingreso hospitalario si surgen complicaciones. Asimismo, se realiza el suministro de medicamentos y de todo el material sanitario que necesite el paciente.

DESARROLLO DEL TEMA

En el HGZ 17, igual que en otras partes del mundo y del país, los servicios de urgencias están sobredemandados y existe una deficiente infraestructura hospitalaria en cuanto a camas. La zona 17, conformada por las unidades de medicina familiar (UMF) No. 28, 35, 37 y 39, ubicadas en la ciudad de Monterrey, cuenta con 0.31 camas/1 000 derechohabientes, por lo que las estrategias se encaminaron a la creación de proyectos de mejora que impactaran en la mejora de la calidad y seguridad en la atención, y que a su vez permitieran disminuir la saturación de los servicios de urgencias y hospitalización (cuadro 19–1).

En respuesta a ello se diseñaron programas de atención ambulatoria efectivos, los cuales han tenido un impacto en la disminución de ingresos hospitalarios, ayudando a descongestionar los servicios de urgencias y mejorando la capacidad de hospitalización. Los programas exitosos ambulatorios dirigidos a satisfacer las demandas de salud de los derechohabientes y usuarios incluyen Clínica del pie y heridas (CPH), Cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia (CMACE), Terapia renal de reemplazo con sus modalidades de diálisis (DPCA, DPA) y

Cuadro 19–1. Ventajas de la hospitalización domiciliaria

Pacientes y familiares	Hospital	Sistema de salud
Mejor atención, participación y responsabilización	Mayor rentabilidad de sus recursos disponibles	Incremento de la eficacia y efectividad mediante una asistencia más humanizada
Mejor calidad de vida, intimidad y bienestar	Aumento en rotación y disponibilidad de camas	Uso más eficiente de los recursos sanitarios
Asistencia personalizada y más humanizada	Reducción de estancias innecesarias	Posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles asistenciales
Educación para la salud	Acortamiento de los periodos de internamiento	Posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social
Prevención para la salud	Reducción presupuestaria	
Menor riesgo de iatrogenia	Posibilidad de mejorar los servicios	

hemodiálisis, ADEC y la versión de atención de pacientes agudos en hospital domiciliario. El programa de ADEC, que desde 1999 ha estado funcionando con éxito en el HGZ 17, constituye uno de los más sólidos al atender al mes un promedio de 140 pacientes crónicos y con secuelas (figura 19–1).

La HD surgió como un proyecto de mejora implementado en 2003, tomado como modelo de atención las mejores prácticas médicas ambulatorias en Europa y América del Norte, adecuado al entorno de México, y con un enfoque innova-

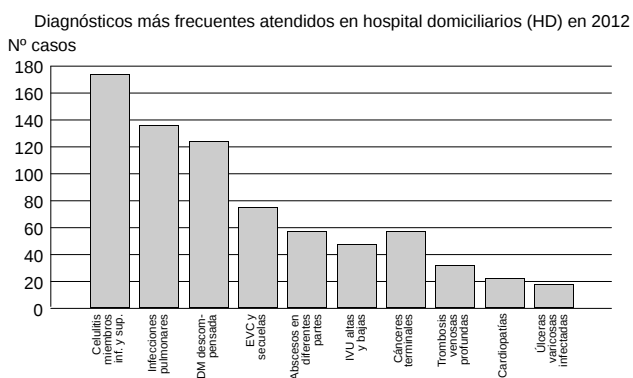
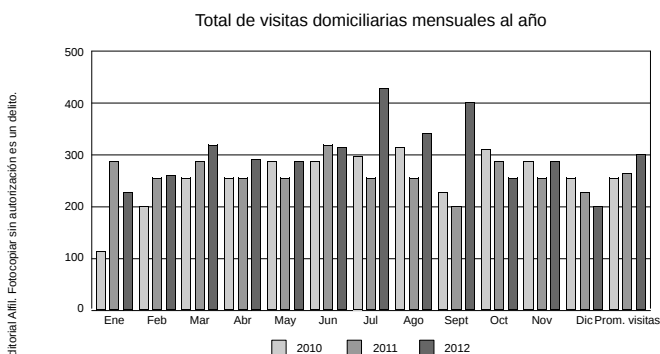


Figura 19–1. Total de pacientes atendidos en hospital domiciliario. Datos del Hospital General de Zona No. 17.

dor, ya que rompe con los paradigmas prevalecientes en el concepto tradicional de atención hospitalaria; asimismo, con una directriz en la contención de costos y la mejoría de estado de salud de los pacientes, favorecida por la atención en un ambiente familiar, y adaptando su modelo de atención a las condiciones de la vivienda habitual del paciente, prestando una atención similar a la que se le podría brindar en una institución hospitalaria y mostrándose como una alternativa efectiva de atención médica integral.

El diseño de este programa va más allá de la atención del paciente en el hogar, llegando al estudio del entorno físico y social en el que se desenvuelve el paciente; está dirigido especialmente a los adultos y adultos mayores con patologías agudas con un enfoque en las visitas domiciliarias de realizar una valoración con manejo asistencial biopsicosocial a través de un equipo transdisciplinario (médico, enfermera, trabajadora social), cuyo propósito es devolver la máxima autonomía al paciente y permitir una estancia más cómoda en su medio, con evaluación de las necesidades de cuidados de salud del paciente, así como de los recursos sociales de los que dispone (figura 19–2).

El diseño del programa se ajustó a las necesidades de la población mexicana con criterios clínicos de patologías agudas que no comprometan la vida y que puedan continuar su tratamiento bajo supervisión médica en casa. Las patologías atendidas con más frecuencia en el programa incluyen infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones respiratorias bajas sin insuficiencia respiratoria, infecciones urinarias altas y enfermedades cerebrovasculares y sus secuelas; en la ac-



© Editorial Atili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 19–2. Total de visitas domiciliarias mensuales. Datos del Hospital General de Zona No. 17.

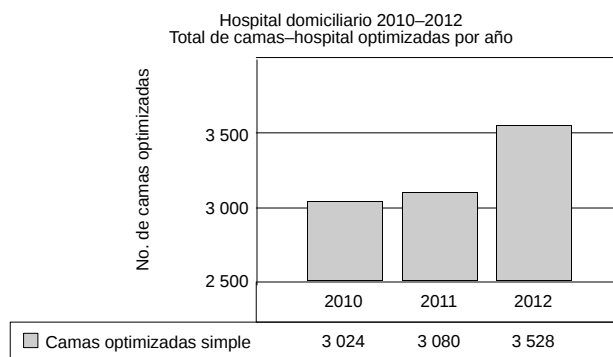


Figura 19–3. Total de camas de hospital optimizadas por año. Datos del Hospital General de Zona No. 17.

tualidad se ha extendido la atención a los pacientes con enfermedades terminales, brindando servicios de soporte paliativo al paciente y a su familia.

Este programa también es la puerta de enlace entre los procesos intrahospitalarios de urgencias y hospitalización, así como los servicios de CPH y la unidad geriátrica. La mayor aportación para el paciente es la cercanía de los seres queridos y la comodidad de su hogar durante todo el proceso de recuperación. Esto ha impactado en la satisfacción, que es mayor de 95% desde que se inició el programa hasta la fecha.

Desde su implementación, en 2003, hasta diciembre de 2012 se otorgaron 3 425 valoraciones; 3 161 pacientes fueron ingresados al programa, lo cual representó 9% de los egresos del hospital en los últimos nueve años, todo ello con recursos propios del hospital con el enfoque de optimización y de cómo hacer más con lo mismo.

Con una media de 3 200 camas simples optimizadas se generó un ahorro promedio del costo de días cama de 16 millones de pesos al año (figuras 19–3 y 19–4).

CONCLUSIONES

- La hospitalización domiciliaria ofrece ventajas respecto a la forma convencional por el alto grado de satisfacción del paciente y los familiares, y por mejorar la calidad de la atención médica percibida.

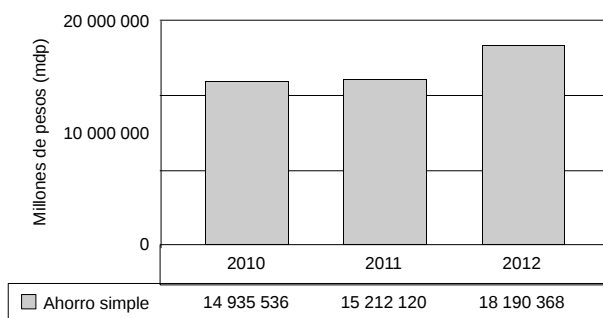


Figura 8-4. Hospital domiciliario 2010-2012. Ahorro anual por cama optimizada. Datos del Hospital General de Zona No. 17.

- La HD adopta una nueva filosofía asistencial que busca modernizar los sistemas sanitarios, procurando convertirlos en modelos integrados de salud basados en una responsabilidad compartida.
- La importancia de la HD es el enlace entre el hospital y la atención primaria de salud; posibilita establecer labores compartidas y permite una interacción progresiva y real entre los dos principales niveles de atención.
- La HD también se asocia con una mejor evolución clínica de los pacientes en el caso de algunas enfermedades y con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria, y permite una asistencia más humana y personalizada.
- La HD ha significado la optimización de la cama hospitalaria en un ambiente de racionalización del gasto.

REFERENCIAS

1. **Escarrabil J:** La hospitalización domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Atención Primaria* 2002;30(5):304-309.
2. **Alonso G, Escudero JM:** La unidad de corta estancia de urgencias y hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An Sis Sanit Navar* 2010;33 (Supl 1).
3. **González RVJ, Segado SA:** Veinticinco años de hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2006;126(9):332-333.
4. **Minardi R, Cotte M:** La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Pública* 2001;10(1).

5. **Olle M, Melich C:** La hospitalización a domicilio una alternativa asistencial. *Atención Primaria* 96(1454).
6. **Left B et al.:** Papel de la hospitalización a domicilio en el paciente anciano. *Ann Intern Med* 2005;143:798–808.
7. **Escudero A:** La unidad de corta estancia y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *Ann Sist Sanit Navar* 2010;33(Supl 1):97–106.
8. **Badia G, Segura C:** Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. *Atención Primaria* 1999;23(4):183–186.
9. **Valdivieso M, Ramírez G:** Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de los servicios. *Form Med Aten Prim* 2001;08:537–542.
10. **San José L, Pérez L:** Atención especializada domiciliaria de patologías médicas desde un hospital universitario terciario urbano. *Rev Clin Esp* 2008;208(4):182–186.
11. **Fernández F, Escalada S:** Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 2006;126:37–38.
12. **Gene Badia J et al.:** Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Atención Primaria* 2006;38(1):47–50.
13. Hospital at home: a resurgence. *Primary Health Care* 2008;18(7).
14. **Cuxart M, Estrada C:** Hospitalización a domicilio: una oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc)* 2012;138(08):355–360.
15. **Jones J et al.:** Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. *Br Med J* 1999;319:1547–1550.
16. **Caplan GA:** Hospital in the home: a concept under question. *MJA* 2006;184(12):599–560.
17. **Harris R, Ashton T et al.:** The effectiveness, acceptability and cost of a hospital at home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(3):158–166.
18. **Left B, Burton L et al.:** Satisfaction with hospital at home care. *JAGS* 2006;54:1355–1363.
19. **Caplan G:** Systematic reviews. A meta-analysis of hospital in the home. *MJA* 2012;197(9): 512–519.
20. **Gene Badia J et al.:** Los problemas de salud también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria. *Atención Primaria* 2009;41(2):91–101.
21. **Shepperd S et al.:** Atención domiciliaria para evitar los ingresos a hospital. *Biblioteca Cochrane Plus* 2008(4).

Mejora del uso de técnicas de barrera y la prescripción razonada de antibióticos profilácticos en una UMAA

*José Antonio Vázquez Moreno, Alejandra Goroztieta Ortuño,
Arquímedes Guzmán Arroyo, Manuel López Varela*

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UNIDADES AMBULATORIAS

Las infecciones nosocomiales son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, además de que constituyen una carga social y económica significativa para el paciente y el sistema de salud. Sin duda, este problema debe ser objeto de preocupación, porque se puede convertir en un riesgo añadido e innecesario para los pacientes. Las unidades de salud contienen una población diversa de microorganismos, pero sólo algunos son patógenos para huéspedes susceptibles. Los microorganismos se encuentran presentes en una gran cantidad de superficies y ambientes, persistiendo incluso en condiciones de ambiente seco. A pesar de que los agentes patógenos pueden ser detectados en el aire, el agua y en fomites, la valoración del papel que desempeñan en la instalación de la enfermedad y en la causa de la infección es tarea difícil.¹

Las implicaciones de una infección nosocomial son múltiples tanto para el paciente como para la institución médica y el prestador de servicios. Los factores de riesgo son condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección nosocomial, entre los que se encuentran el diagnóstico de ingreso, las enfermedades de base y concomitantes del paciente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, las políticas y sistema hospitalarios, el área física, el abasto oportuno y suficiente de insumos, la falta de capacitación y la disponibilidad del personal, así como la aplicación de estándares de supervisión y evaluación operativa.²

Las unidades médicas de atención ambulatoria (UMAA) son sitios que ofrecen servicios de salud a pacientes que no ameritan cuidados dentro de un ambiente hospitalario. No se dispone de un registro de la incidencia de infecciones nosocomiales en este tipo de unidades, pero se ha llegado a considerar que en ellas los riesgos de desarrollar una infección nosocomial es aproximadamente cinco veces menor que durante una hospitalización habitual. Algunos estudios comparan pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria con quienes ameritaron hospitalización por más de 24 h, observando que la hernioplastia inguinal fue el procedimiento realizado con más frecuencia. La tasa de infección de los pacientes ambulatorios fue de cero, en comparación con 2.3% del grupo de pacientes hospitalizados más de 24 h.³

La Norma Oficial NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 señala que para que un microorganismo sea un agente infeccioso deberá estar en una concentración suficiente (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en presencia de una vía de entrada y en un hospedero susceptible.⁴ Estos criterios aplicados a la investigación de enfermedades le permiten al equipo médico valorar la contribución del ambiente en la transmisión de la enfermedad. Un ejemplo de esta aplicación sería la identificación de un patógeno (enterococo resistente a la vancomicina) en una superficie ambiental durante una epidemia. La presencia del patógeno no establece su rol causal; su transmisión de la fuente al huésped puede ocurrir a través de medios indirectos (manos). La superficie, por tanto, pudiera ser considerada uno de diversos reservorios potenciales para el patógeno, pero no es *de facto* la fuente de la exposición. Estos principios son conocidos como cadena de infección y todos estos deben estar involucrados para que la infección ocurra.

La tasa de infección quirúrgica en cirugías limpias refleja la calidad de la técnica quirúrgica y las condiciones de higiene de un servicio de cirugía. La infección depende de factores ambientales, de la afección quirúrgica y del huésped, siendo los principales factores determinantes la diabetes mellitus y la obesidad. En cuanto a la contaminación, proviene principalmente de la microbiota de la piel del propio paciente, siendo *Staphylococcus aureus*⁵ el germen que con más frecuencia se aísla.

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias conllevan una serie de consecuencias adversas y desfavorables en todos los niveles de atención a la salud, lo cual genera el riesgo de brotes epidemiológicos que incrementan los índices de morbilidad y mortalidad, y elevan los costos debido al uso de antibióticos para el control de estas infecciones.

El objetivo de las instituciones del Sector Salud es reducir el riesgo de infecciones nosocomiales, mantener el control de las mismas y alcanzar una tasa anual menor de seis por cada 100 egresos hospitalarios, con el fin de mantenerse en línea con los objetivos de la Organización Mundial de Salud (OMS), lo que permitirá mejorar las condiciones de salud de la población y ofrecer servicios de salud

pública y privada de calidad, efectivos y seguros, que respondan a las expectativas del paciente.

Desde mediados del decenio de 1980, en México el control de las infecciones nosocomiales se formalizó a partir de un programa establecido en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), que se extendió al resto de los institutos de salud, constituyendo la red hospitalaria de vigilancia epidemiológica. Fue en el INCMNSZ donde se elaboró el primer manual de control para su aplicación nacional y donde surgió la primera propuesta de creación de una Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.⁶

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales se inscribe en estos propósitos al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana y el estudio, prevención y control de las infecciones de este tipo, por lo que constituye un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que se brindan en los hospitales.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN UNIDADES AMBULATORIAS

La profilaxis antibiótica es uno de los métodos más utilizados para prevenir complicaciones posquirúrgicas. Su utilidad se ha demostrado en las cirugías contaminadas, no así en las cirugías limpias, donde su uso es más controversial. Se ha recomendado el uso de antibiótico profiláctico cuando existen factores de riesgo, como la implantación de material protésico, cuando la infección implica riesgo de muerte para el paciente o ante comorbilidades que impliquen un mayor riesgo de infección.

El uso inapropiado de medicamentos tiene importantes consecuencias adversas en la salud de los individuos y en la economía de las familias y de los servicios de salud. Contribuye al desarrollo de resistencia bacteriana, la cual reduce la efectividad de tratamientos establecidos e incrementa los gastos y la mortalidad por enfermedades infecciosas.⁷ El uso inadecuado de antibióticos incluye la prescripción excesiva (cuando no está justificada) y la selección inadecuada de tratamiento (tipo, dosis, curso) por parte de médicos y personal de las farmacias, así como las autoprescripciones y la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Así, mejorar el uso de los antibióticos requiere no solamente cambios simultáneos en la conducta de los profesionales de la salud y de los pacientes, sino también modificar el contexto en el cual éstos interactúan, es decir, cambios en los sistemas y las políticas de salud.

Los antimicrobianos se encuentran entre los medicamentos que más se venden y consumen en México. Representan un mercado anual de 960 millones de dólares y el segundo lugar en ventas anuales (14.3%) en farmacias privadas del país, una proporción mayor cuando se compara con países desarrollados o en transición con mercados farmacéuticos grandes.⁸

Algunos de los factores que se han relacionado con la prescripción inadecuada en México incluyen las deficiencias en la educación médica de pregrado y posgrado, la falta de información sin interés comercial sobre medicamentos, la influencia de la información proporcionada por la industria farmacéutica, las falsas expectativas de los pacientes en cuanto a la necesidad de recibir medicamentos y la prevalencia de patrones de tratamiento incorrectos, pero institucionalizados.⁹

La profilaxis con antibióticos se usa solamente cuando se ha documentado que los beneficios son superiores a los riesgos. En las unidades de atención ambulatoria las indicaciones aceptadas para la profilaxis están limitadas a ciertas intervenciones que así los justifiquen. El régimen seleccionado depende de los agentes patógenos predominantes, el patrón de resistencia en el servicio quirúrgico, el tipo de intervención quirúrgica, la semivida de eliminación del antibiótico en el suero y el costo de los medicamentos.¹⁰

DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL EN UNIDADES AMBULATORIAS

Los servicios de limpieza en las unidades de atención hospitalaria deben garantizar condiciones óptimas limpieza y asepsia; se debe contar con personal capacitado y asegurar que los procedimientos de higiene queden perfectamente definidos en función de los riesgos y requerimientos que cada área de la unidad de salud precisa. Por otra parte, la limpieza es un parámetro de primera magnitud en la percepción de higiene, calidad y confort de los servicios en una instalación que proporciona servicios de salud, factores que inciden de forma directa en la satisfacción que los pacientes puedan llegar a expresar. La higiene hospitalaria cumple con un rol fundamental en las instituciones de salud, ya que al obtener áreas libres de contaminación disminuyen considerablemente los riesgos de infección hospitalaria; por el contrario, una deficiente asepsia puede generar brotes epidémicos de consecuencias fatales. En este aspecto es de gran importancia la capacitación continua del personal de intendencia, haciéndole ver la importancia que tienen en la disminución de infecciones nosocomiales. La limpieza oportuna aumenta la eficiencia del proceso y limita la posibilidad de aparición de infecciones.

La esterilización y desinfección de alto nivel de los instrumentales, los equipos, las áreas críticas y semicríticas, y demás instalaciones hospitalarias han sido

aceptadas de forma universal como un paso esencial en el control de las infecciones en todos los servicios de salud. La complejidad de las intervenciones médicas y sus implicaciones legales exigen que las normas de los servicios de esterilización y desinfección de alto nivel se eleven continuamente; este proceso ha mejorado drásticamente la calidad del servicio prestado, resultando en un gran beneficio para los pacientes.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes radican en las heridas quirúrgicas.^{11,12} En EUA afectan al menos a 920 000 de los 23 millones de pacientes que son sometidos a cirugía cada año, por lo que la realización de limpieza en las áreas quirúrgicas se convierte en una medida eficaz para la disminución de las tasas de infección, que varían desde menos de tres infecciones por cada 100 intervenciones limpias a más de cuatro por cada 100 procedimientos limpios-contaminados y hasta nueve por cada 100 intervenciones contaminadas, dependiendo de los procedimientos.¹³

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

La Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 55 de León, Guanajuato, se dio a la tarea de iniciar un programa que incluyó capacitación del personal, implementación de programas de vigilancia, seguimiento y control de las infecciones nosocomiales y evaluación del uso correcto de profilaxis antimicrobiana en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, procurando así un ambiente de quirófano adecuado para garantizar la seguridad en la atención del paciente.

Este proyecto se implantó en cuatro fases:

- 1. Análisis del ambiente quirúrgico:** se realizaron cultivos ambientales en áreas de quirófano de forma aleatoria, tanto en la estructura física como en el mobiliario de dichas áreas (mesas de quirófano, mesas de Mayo, circuitos de ventilación), para determinar el tipo de agentes presentes en áreas blancas; asimismo, se evaluó de forma indirecta la calidad en la implementación de antisépticos y germicidas en dichas áreas. De forma simultánea se implantó un programa de capacitación para el personal a cargo de estos procedimientos y, con base en las normas oficiales y guías estandarizadas, se realizó una evaluación inicial y otras periódicamente para constatar el apego y cumplimiento a las mismas. Se determinó también la realización de cultivos seriados de forma aleatoria de las áreas antes descritas para confirmar la presencia o ausencia de agentes patógenos al mes y a los dos meses de implantado el programa de capacitación.
- 2. Uso correcto de técnicas de barrera:** se aplicó un examen inicial al personal de salud involucrado en la atención del paciente para evaluar su conoci-

miento sobre las técnicas de barrera, las cuales se definen como todo aquel mecanismo que debe seguir el personal relacionado con la salud para limitar el proceso que se lleva a cabo en la tríada ecológica: agente–huésped–ambiente. Posteriormente se instauró un programa de capacitación sobre este tema y se realizaron exámenes posteriores a la capacitación y estudios de sombra para confirmar la implementación del conocimiento adquirido. Para los estudios de sombra se emplearon hojas de verificación adecuadas para cada una de las categorías del personal.

3. **Tasa de incidencia mensual de infecciones nosocomiales:** se determinó la tasa de incidencia acumulada de infecciones nosocomiales de forma prospectiva a través del rastreo de casos probables, reportados por el médico tratante y confirmados (por clínica, laboratorio y cultivo positivo). Se instauró también la aplicación de un cuestionario aleatorizado a pacientes que se sometieron a actos quirúrgicos en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 55 al séptimo día de su procedimiento. El cuestionario constó de cinco ítems que identificaron datos cardinales de infección de herida quirúrgica, aplicado por vía telefónica a través del equipo de trabajo social de la unidad (figura 20–1). Si el resultado de la encuesta arrojaba al menos un ítem positivo se le pedía al paciente acudir a valoración al servicio tratante para confirmar el diagnóstico a través de toma de cultivo y tinción de Gram.

Los casos positivos al cultivo fueron analizados por el epidemiólogo, quien vigiló el proceso de atención: antibiótico administrado, posología y evolución del caso, asentando en el expediente clínico esta intervención y otorgando retroalimentación al servicio tratante. Al final del mes se calculó la tasa de incidencia mensual de infecciones nosocomiales por medio de la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de infecciones nosocomiales} = \frac{\text{número de pacientes con infecciones nosocomiales demostradas}}{\text{número de procedimientos}} \times 100$$

La tasa mensual se hizo del conocimiento de todo el personal para la toma de decisiones y la evaluación del proceso.

4. **Optimización de antibióticos:** se recabaron del formato “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” los datos de profilaxis antimicrobiana, como tipo y dosis del antibiótico, tipo de cirugía, clasificación de la herida y servicio tratante. El epidemiólogo analizó esta información, la comparó con las guías de práctica clínica actuales al respecto de cada cirugía y calificó de manera dicotómica si se aplicó de manera adecuada o no el tratamiento profiláctico. Con base en los resultados de este análisis se calendarizó la revisión de guías de práctica clínica en los diversos servicios,



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL DE GUANAJUATO
UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA NO. 55
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ENCUESTA BREVE PARA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS EN CIRUGÍAS ABDOMINALES

NOMBRE: _____

NSS: _____

TIPO DE CIRUGÍA: _____

FECHA DE CIRUGÍA: _____

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA: _____

DEL DÍA EN QUE LE REALIZARON SU CIRUGÍA A LA FECHA:

1. ¿HA DISMINUIDO LA COLORACIÓN ROJIZA DE SU HERIDA?

SÍ ☐

NO ☐

2. ¿HA DISMINUIDO EL DOLOR QUE PERCIBE EN SU HERIDA?

SÍ ☐

NO ☐

3. ¿LA HERIDA SE ENCUENTRA TOTALMENTE CERRADA?

SÍ ☐

NO ☐

4. ¿PERCIBE SALIDA DE LÍQUIDO BLANQUECINO O SECRECIÓN POR LA HERIDA?

SÍ ☐

NO ☐

5. ¿HA PRESENTADO FIEBRE > 38.3 °C?

SÍ ☐

NO ☐

SOSPECHA LA PRESENCIA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA:

SÍ ☐

NO ☐

Figura 20-1. Cuestionario de infecciones nosocomiales.

para conocimiento y estandarización de procedimientos por parte de los cirujanos con respecto al uso o no de profilaxis antibiótica.

RESULTADOS

1. Análisis del ambiente quirúrgico. En el cuadro 20-1 se muestran los principales agentes encontrados en el rastreo aleatorio inicial de toma de culti-

Cuadro 20-1. Principales agentes encontrados en áreas de quirófano

Área u objeto	Evaluación inicial	Evaluación 1	Evaluación 2
Mesa quirúrgica	<i>Enterobacter</i>	N/A	Sin desarrollo
Mascarilla ventilatoria	Sin desarrollo	N/A	N/A
Mesa de Mayo	<i>Staphylococcus coagulasa</i> negativo, <i>Candida</i> sp.	Sin desarrollo	N/A
Circuito ventilatorio	Sin desarrollo	N/A	Sin desarrollo
Ducto de aire acondicionado	<i>Escherichia coli</i> , <i>Candida</i> sp.	N/A	N/A
Mesa de Mayo	Sin desarrollo	Sin desarrollo	Sin desarrollo
Circuito ventilatorio	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	N/A	Sin desarrollo
Ducto de aire acondicionado	Sin desarrollo	N/A	N/A
Mascarilla ventilatoria	Sin desarrollo	Sin desarrollo	Sin desarrollo
Circuito ventilatorio	N/A	Sin desarrollo	N/A
Filtro de circuito ventilatorio	N/A	N/A	Sin desarrollo
Ducto de aire acondicionado	N/A	<i>Candida</i> sp.	N/A
Circuito ventilatorio	<i>Candida</i> sp.	Sin desarrollo	N/A
Mesa de Mayo	N/A	N/A	Sin desarrollo

N/A: no aplica.

vos ambientales en áreas de quirófano (mesas de quirófano, mesas de Mayo, circuitos de ventilación). De igual manera se muestran los resultados de los cultivos después de implementar el programa de capacitación, en los que se pueden apreciar cambios significativos en áreas reportadas previamente como positivas.

2. Uso correcto de precauciones de aislamiento. En el cuadro 20-2 se muestran los resultados de los exámenes aplicados al personal de salud involucrado en la atención del paciente para determinar el conocimiento de las precauciones de aislamiento, tanto en su etapa basal como en la de seguimiento, después de la capacitación. En el cuadro 20-3 se muestran los resultados de los estudios de sombra aplicados a las diferentes categorías de personal de la unidad. Se puede apreciar que el personal de enfermería se encuentra ampliamente calificado, con puntajes altos, no mostrando dife-

Cuadro 20-2. Resultados de los exámenes aplicados al personal de salud sobre precauciones de aislamiento. Basal y seguimiento

Personal n = 123	Calificación inicial	Calificación final	p*
Médico	7.34 ± 1.8	8.0 ± 1.3	< 0.005
Enfermería	8.8 ± 1	8.9 ± 1.1	0.3
Intendencia	6.82 ± 1.4	8.36 ± 0.9	< 0.005
Administrativo	6.37 ± 2	7.56 ± 1.1	< 0.005

* Para la comparación entre la inicial y la final.

Cuadro 20-3. Tasa de incidencia mensual de infecciones nosocomiales

Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Tasa (por cada 100 pacientes intervenidos)	0.8	0.28	0.3	0.2

rencia estadísticamente significativa entre sus evaluaciones, lo cual no ocurrió en el personal médico y de intendencia.

3. Tasa de incidencia acumulada de infecciones nosocomiales. En el cuadro 20-4 se muestran los resultados de la tasa de incidencia acumulada de infecciones nosocomiales de los primeros cuatro meses de evaluación. La tasa inicial fue de 0.8 infecciones nosocomiales por cada 100 pacientes intervenidos; actualmente se mantiene entre 0.2 y 0.3 por cada 100 pacientes intervenidos.
4. Optimización de antibióticos. El análisis del uso de antibióticos en su indicación profiláctica en el área de quirófanos de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 55 se muestra en la figura 20-2. Se hizo un seguimiento de más de ocho meses.

El epidemiólogo analizó esta información, la comparó con las guías de práctica clínica actualizadas y la calificó de manera dicotómica, observando si se aplicó de manera adecuada o no el tratamiento profiláctico (cuadro 20-5), demostrando una tendencia a la baja en el uso de antibióticos.

CONCLUSIONES

Al tener como eje la seguridad del paciente es necesario garantizar la eficacia de la práctica de las barreras encaminadas a disminuir el riesgo de infecciones en los pacientes quirúrgicos, teniendo como consecuencia el uso razonable de la gama de antibióticos con los que se cuenta en el cuadro básico y de medicamentos que

Cuadro 20-4. Resultados de los estudios de sombra aplicados al personal de salud sobre precauciones de aislamiento. Basal y seguimiento

Muestra n = 78	Calificación inicial	Calificación final	p*
Médico	7.51 ± 1.2	8.4 ± 1.1	< 0.005
Enfermería	8.9 ± 1	8.9 ± 1.1	0.3
Intendencia	6.54 ± 1.7	8.5 ± 1.3	< 0.005
Administrativo	6.0 ± 1.9	7.84 ± 1.5	< 0.005

* Para la comparación entre la inicial y la final ("t" de Student).

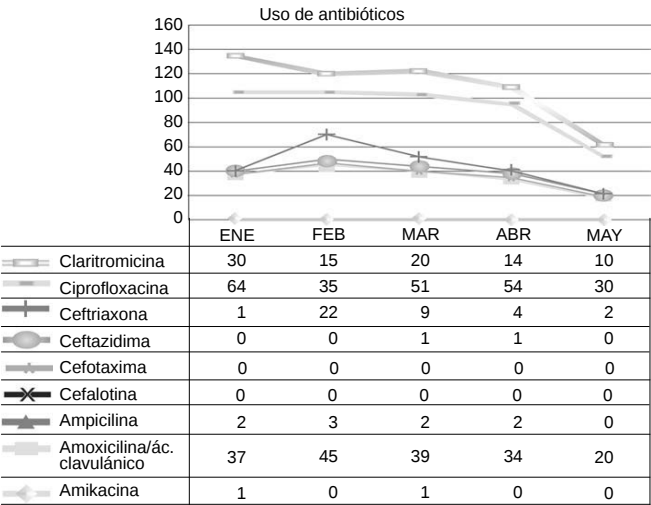


Figura 20–2. Comportamiento en el uso de antibióticos en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 55.

coadyuvan en el manejo farmacológico de los pacientes (protectores gástricos, procinéticos, analgésicos, etc.).

Las medidas implementadas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 55 constituyen una opción adecuada para el uso racional de antibióticos de manera profiláctica. El uso de antimicrobianos de manera profiláctica es una práctica común en el ámbito intrahospitalario en pacientes candidatos a procedimientos quirúrgicos. En el escenario de la cirugía ambulatoria esta práctica se realiza sin tener una evidencia científica sobre su beneficio, considerando el tipo

Cuadro 20–5. Aplicación adecuada de tratamiento profiláctico

Casos	Inicial	Medición 1	Medición 2	p*
Se indicó bien la profilaxis	184	219	301	> 0.05
No se indicó bien la profilaxis	126	76	41	> 0.05
Total de casos	310	295	342	> 0.05

* Para la comparación entre la inicial, la medición 1 y la medición 2 (chi cuadrada).

de pacientes atendidos. Esta situación conlleva al uso de antibióticos de manera injustificada, lo cual implica riesgo en el paciente, incremento en la resistencia antimicrobiana y aumento en los costos de atención. La capacitación del personal es importante para la sistematización de procesos, pero se corre el riesgo de regresar a indicadores previos si no se realiza una vigilancia o control permanente.

Ya se comprobó que los estudios de sombra son cruciales para obtener información de control respecto a los procedimientos implementados y verificar que el personal continúe realizando buenas prácticas.

REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Breviario para la vigilancia epidemiológica: prevención y control de las infecciones nosocomiales*. 2012.
2. **Schulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, Carpenter J, Donlan R et al.**: *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Control Facilities-Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices. Advisory Committee (HICPAC)*. Chicago, American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association, 2004.
3. **Gil-Simón P, Abril C, Esteban E, Herreros J, Gago G**: Cirugía con ingreso y ambulatoria: tasas de infección en cirugía limpia. *Rev Esp Invest Quirúrgicas* 2007;10(2):61-64.
4. **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, de la Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.
5. **León SJ, Acevedo FA, Riosco RD, Vásquez VJ, Dellepiane V**: Complicaciones postoperatorias en la herniorrafia ambulatoria con malla. Estudio comparativo de la tasa de infección del sitio operatorio con y sin profilaxis antibiótica. *Rev Chil Cir* 2011;63(2):186-190.
6. **NOM-045-SSA2-2005**, para la Vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
7. **Bennet JV, Brachman PS (eds.)**: The inanimate environment. En: Rhame FS. *Hospital infections*. 4ª ed. Filadelfia, Lippincott-Raven, 1998:299-324.
8. World Health Organization: *Global strategy for containment for antimicrobial resistance*. Ginebra, World Health Organization, 2001.
9. International Marketing System-Health: *IMS Retail Monitor-April: International Marketing System-Health 2005*. <http://www.imshealth.com>.
10. **Vicencio AD**: Comité nacional por el uso racional de los medicamentos. *Boletín Fármacos* 1990;2. <http://www.boletinfarmacos.org/download/feb99.rtf>.
11. **Ducel G, Fabry J, Nicolle L**: *Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica*. 2ª ed. Organización Mundial de la Salud, WHO/CDS/CSR/EPH, 2012:12.
12. **Tikhomirov E**: WHO Programme for the control of hospital infections. *Chemiotherapia* 1987;3:148-151.
13. **Mayon WRT et al.**: An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. *J Hosp Infect* 1988;11(Suppl A):43-48.
14. **Classen DC, Evans RS, Pestotnik SL, Horn SD, Menlove RL et al.**: The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *N Engl J Med* 1992;326:281-286.

